



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Документ исследования политики № 76

Доступность к медицинским услугам и наличные расходы «из-кармана» пациента в Кыргызстане: Обзор домохозяйств с 2001-2010 гг.

Юля Алешкина¹
Бактыгуль Акказиева²
Мелитта Якаб³

Бишкек
2011

¹ Консультант-аналитик, «Центр анализа политики здравоохранения», Бишкек, Кыргызстан;

² Консультант-аналитик, «Центр анализа политики здравоохранения», Бишкек, Кыргызстан

³ Консультант-аналитик, «Центр анализа политики здравоохранения», Бишкек, Кыргызстан; Главный аналитик по политике финансирования, Офис Барселоны, Департамент по Усилению системы здравоохранения в странах, Региональный офис ВОЗ Европы

Оглавление

Введение.....	5
1. Цель исследования.....	6
2. Методология.....	6
2.1. Выборка.....	6
2.2. Инструмент обследования.....	8
2.3. Расчет расходов на медицинские услуги.....	8
3. Результаты.....	9
3.1. Амбулаторные услуги.....	9
3.1.1. Использование медицинских услуг.....	9
3.1.2. Структура использования медицинских услуг.....	11
3.1.3. Выплаты из кармана домохозяйств на амбулаторном уровне.....	15
3.2. Использование лекарственных средств и расходы пациентов.....	18
3.3. Госпитальные услуги.....	23
3.3.1. Использование госпитальных услуг.....	23
3.3.2. Выплаты из «кармана» домохозяйств по типам расходов.....	27
3.4. Общие расходы на здравоохранение.....	33
3.4.1. Частные расходы выплат из кармана по уровням предоставления услуг и квинтилям.....	33
3.4.2. Государственные – частные доли расходов и показатели общих расходов на здравоохранение.....	38
3.5. Информированность о правах пациентов в рамках ПГГ.....	40
3.6. Барьеры в доступе к медицинским услугам.....	42
Заключение.....	45

Рисунки

Рисунок 1: Процент населения, которые обращались за медицинской помощью за последние 30 дней, 4 волны обследований.....	9
Рисунок 2. Использование медицинских услуг по квинтилям, 2000 и 2009 гг.....	10
Рисунок 3. Использование медицинских услуг, город/село, 2006 и 2009 гг.	11
Рисунок 4. Процент обратившихся за медицинской помощью в последние 30 дней, 4 волны.....	12
Рисунок 5. Место консультации,2003, 2006, 2009 гг.	14
Рисунок 6. Процент населения, платившие за консультацию по типу мед. персонала, 4 волны исследований.....	16
Рисунок 7. Месторасположение, где лекарственные средства были приобретены, 4 волны исследований.....	20
Рисунок 8. Средние выплаты за лекарства среди всего населения (сом), 2009.....	21
Рисунок 9. Процент населения, которые потратили какие-либо средства на медикаменты	22
Рисунок 10. Уровень использования госпитальной помощи по областям, 4 волны исследований (%).....	23
Рисунок 11. Структура обращений за госпитальной помощью по типу учреждений, (% от обратившихся за помощью), 2006 и 2009	25
Рисунок 12. Процент самонаправленных госпитализаций по типу учреждения, 2006г. и 2009 г.	26
Рисунок 13. Средние общие расходы на госпитализацию среди всех пациентов (вкл. нули), 2006 и 2009 гг.	28
Рисунок 14. Процент респондентов, из числа делавших выплаты персоналу, кто сообщил, что это был подарок, 2006, 2009	30
Рисунок 15. Процент сообщающих о помощи семьи в выполнении задач по личному уходу во время пребывания в стационаре, 4 волны исследований	31
Рисунок 16. Процент сообщающих о предоставлении семьей избранных предметов во время пребывания в стационаре, 4 волны исследований	31
Рисунок 17. Процент сообщающих о том, что семья предоставляла избранные услуги во время пребывания в стационаре, 4 волны исследований	32
Рисунок 18. Общий уровень наличных выплат за услуги здравоохранения как доля от общих ресурсов домашнего хозяйства.....	36
Рисунок 19. Структура общих расходов на здравоохранение, 2000, 2003, 2006 и 2009 гг.	39
Рисунок 20. Динамика роста государственных и частных расходов на душу населения относительно, 2000, 2003, 2006 и 2009 годы, в сомах.....	40
Рисунок 21. Информированность о необходимости платить за услуги на ПМСП, 2006 и 2009 гг.....	41
Рисунок 22. Процент тех, кто нуждался в медицинской помощи, но не консультировался в последние 30 дней, 4 волны исследований.....	43
Рисунок 23. Доля домохозяйств, сообщающих о различных стратегиях выхода из положения с целью оплатить медицинскую помощь за последние 12 месяцев, 2006 и 2009 гг.....	45

Таблицы

Таблица 1. Размер выборки 4-х обследований.....	8
Таблица 2. Тип медицинского учреждения, посещаемые по месту проживания (город/село), 2009	14
Таблица 3. Уровень наличных выплат «из кармана» пациента на ПМСП, 4 волны исследований	15
Таблица 4. Средние оплаченные суммы среди всех, кто обращался за мед. помощью в Соммах и процент по каждой из категорий, по категориям расходов и областям, 2009 г. ...	17
Таблица 5. Средние выплаты на амбулаторном уровне, 2009 г.	17
Таблица 6. Уровень расходов на лекарственные средства, 2006, 2009	18
Таблица 7. Из тех, кто получил рецепт процент сообщающих о том, что они смогли приобрести выписанные препараты; а среди тех, кто не смог, причины, по которым так произошло, 4 волны исследований	19
Таблица 8. Использование госпитальных услуг в течение последнего года по квинтилям расходов домохозяйства на человека (%), 4 волны исследований	24
Таблица 9. Процент осуществлявших выплаты в стационаре (от общего числа госпитализированных).....	27
Таблица 10. Средние расходы на госпитализацию (исключая питание) среди всех пациентов, по областям, 2006 и 2009 гг.	28
Таблица 11. Средние расходы на госпитализацию (исключая питание) среди всех пациентов, по квинтилям, 2006, 2009 г.г.	29
Таблица 12. Процент находившихся в стационаре и делавших выплаты персоналу и средний размер выплат в зависимости от социально-экономического статуса, 2009.....	29
Таблица 13. Подушевые расходы из в виде выплат из кармана по уровням предоставления услуг, 4 исследования	35
Таблица 14. Темпы роста расходов из кармана домохозяйств и потребления домохозяйств по квинтилям.....	37
Таблица 15. Общие государственные и частные расходы на здравоохранение и на душу населения (млн.сом), 2000, 2003, 2006, 2009 гг.	38
Таблица 16. Осведомленность населения о своих правах, %	42
Таблица 17. Причины необращения за медицинской помощью среди тех, кто в ней нуждался, 2006, 2009.....	42
Таблица 18. Процент тех, кто нуждался в медицинской помощи, но не консультировался в последние 30 дней, 4 волны исследований.....	44

Введение

Кыргызстан приобрел независимость от Советского Союза в 1991 году, и с тех пор государственные расходы на сектор здравоохранения резко снизились. В результате этого централизованная система предоставления услуг, действующая в рамках системы здравоохранения Семашко, была сломана, что повлияло на доступ к медицинским услугам. Частные расходы населения стали одним из основных источников финансирования здравоохранения во всем регионе, в том числе и в Кыргызстане. По данным литературы, это является одним из основных препятствий для населения за тем, чтобы не обращаться за медицинской помощью в целом по региону⁴⁵.

С 1997 года в Кыргызстане проводятся широкомасштабные реформы в области здравоохранения с целью создания эффективной системы здравоохранения с учетом ограниченных ресурсов в стране. Были разработаны две большие национальные программы развития здравоохранения «Манас» (1996-2005 гг.) и «Манас Таалими» (2006-2010 гг.). Основная цель этих программ заключалась в улучшении здоровья населения Кыргызской Республики за счет увеличения капитала в распределении ресурсов, улучшения защиты финансирования и гибкого реагирования на потребности населения. Для оценки эффективности проводимых реформ в рамках «Манас Таалими» было разработано несколько индикаторов мониторинга, такие как *«% не обратившихся за помощью, когда она была необходима, по финансовым и географическим причинам», «расходы «из кармана» на амбулаторные посещения, амбулаторные лекарственные и на госпитализацию по квинтильным группам потребления» и т.д.*

В рамках Интегрированного Обследования Бюджета Домохозяйств и Рабочей Силы (ИОБДиРС), проводимого Национальным Статистическим Комитетом (НСК) на регулярной основе для проведения мониторинга и анализа бедности, включается дополнительный модуль, связанный с использованием медицинской помощи и расходами на нее. В Кыргызстане данное обследование было проведено в 2001, 2004, 2007 и 2010 годы при технической и финансовой поддержке ВОЗ и DFID. Этот подход позволяет связать данные по здоровью и использованию медицинских услуг с подробной информацией по доходам и расходам домохозяйств за предшествующий год, рассчитать бремя расходов на медицинскую помощь и вычислить степень катастрофических выплат за медицинскую помощь. Таким образом, эти обследования способствовали усилению мониторинга деятельности системы здравоохранения,

Министерству Здравоохранения КР очень важно получить достоверную информацию об использовании населением услуг здравоохранения и знание относительно их прав в рамках ПГГ, для дальнейшего совершенствования политики реформирования здравоохранения, и для принятия действенных мер, направленных на снижение уровня бедности в стране.

⁴ Jakab M., Kutzin J. 2009. Improving financial protection in Kyrgyzstan through reducing informal payments. Evidence from 2001-06, Policy Research Paper No. 57. Bishkek, Health Policy Analysis Unit (DFID/WHO).

⁵ Kutzin J et al. (2009). Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal financing system in Kyrgyzstan. Bulletin of the World Health Organization, 87:549–554.

В настоящем отчете представлены результаты 4 исследований (2001, 2004, 2007 и 2010 г.г), и он структурирован следующим образом: в разделе 1 представлена цель этих обследований; в разделе 2 - описаны методологические вопросы включающие выборку, инструменты исследований, расчеты расходов; затем в разделе 3 представлены результаты как 2010 года, так и предыдущих обследований (2001, 2004, 2006 г.); и заключительная часть включает в себя основные выводы по каждому из блоков результатов. Результаты в свою очередь представлены по пяти направлениям: (1) использование медицинских услуг и расходы на амбулаторном уровне, (2) расходы на лекарственные средства на амбулаторном уровне, (3) использование медицинских услуг и расходы на госпитальном уровне, (4) общие расходы на здравоохранение и (5) барьеры в доступе к медицинским услугам, включающий знания населения о своих правах в рамках ПГГ.

1. Цель исследования

Целью данного обследования является получение информации об использовании медицинских услуг на амбулаторном и госпитальном уровнях и связанные с ними расходы, произведенные домохозяйствами/индивидуумами, а также получение сведений о барьерах в доступе к мед.услугам. Кроме того, провести сравнительный анализ по определенным показателям за период 2000- 2009 гг. В частности ответить на следующие вопросы:

1. Каков уровень использования мед.услуг домохозяйствами/населением и их расходы на амбулаторном уровне?
2. Каков уровень расходов домохозяйств/населения на лекарственные средства на амбулаторном уровне?
3. Каков уровень использования мед.услуг домохозяйствами/населением и их расходы на госпитальном уровне?
4. Каковы в целом общие расходы на здравоохранение включая государственные и частные расходы по уровням предоставления мед.услуг?
5. Каков уровень знания населения о своих правах в рамках ПГГ?
6. Существуют ли какие-либо барьеры в доступе к мед.услугам?

2. Методология

Интегрированное Обследование Бюджета Домохозяйств и Рабочей Силы (ИОБДиРС) направлено на получение основных показателей доходов и расходов домашних хозяйств, проводимое НСК на регулярной основе. Как уже отмечено, было проведено 4 Обследования домохозяйств по финансированию и использованию медицинской помощи НСК, как отдельный расширенный модуль ИОБДиРС. Преимуществом включения этого модуля в регулярное ИОБДиРС позволяет связать переменные модуля здравоохранения с социально-экономическими показателями населения, в частности потребление домашних хозяйств.

2.1. Выборка

Обследование домохозяйств по финансированию и использованию медицинской помощи является выборочным обследованием. В этом обследовании использована такая же

выборка, как и в ИОБДиРС. Дизайн выборки обеспечивает национально репрезентативные данные и удельный вес представлен для обеспечения того, чтобы выборка была репрезентативной на национальном и областном уровнях для городских и сельских поселений страны. Городская и сельская местность каждого региона использовалась в качестве страт, при этом выборка домохозяйств проводилась в два этапа.

Рамкой выборки для составления дизайна выборки является перепись населения 1999г. Самой маленькой территориальной единицей в компьютерной базе данных является портфель. По данным переписи населения в стране имеется 13067 портфелей, которые достаточно однородны по количеству переписных листов. Это позволило применить двухэтапную выборку:

- На первом этапе, используя портфели переписи, как первичные элементы выборки и количество домохозяйств в качестве размера портфеля, было отобрано 456 ПЭВ (Первичных элементов выборки) с вероятностями, пропорциональными размеру портфеля.
- При определении размера кластера, для осуществления выборки учитывался высокий коэффициент внутрикластерной корреляции по различным показателям, требующий малого размера кластеров, а также соображения эффективного использования времени интервьюеров, предполагающие минимизацию переездов из одного населенного пункта в другой. В качестве компромиса между точностью данных и рациональностью затрат времени и финансов размер кластера составил 11 домохозяйств. На втором этапе, используя списки домохозяйств в отобранных PSU, было отобрано по 11 домохозяйств методом случайного отбора с вероятностью, пропорциональной размеру домохозяйства.

Таким образом, общий объем выборки составил 5016 домохозяйств, однако было охвачено 5001 домохозяйств (20 225 человек), что составило 99,7% выборки. Один кластер, расположенный в Тогуз-Тороузском районе Джалал-Абадской области выбыл из обследования. Это не стало неожиданностью, так как с этим высокогорным отдаленным районом практически до апреля – мая месяца закрыто автотранспортное сообщение. Следует подчеркнуть, что после 2004 года дизайн выборки ИОБДиРС была пересмотрен при технической помощи Департамента по международному развитию Великобритании (DfID).

В таблице 1 представлено фактическое количество опрошенных домохозяйств и индивидуумов всех 4 обследований. Вопросы об амбулаторных визитах и связанных с ними затратами спрашивают в возвратный период 30 дней после визита. А вопросы о стационарном лечении/госпитализации и расходах спрашивают в возвратный период 12 месяцев после госпитализации. Таким образом, вопросы, связанные с расходами на уровне больницы были рассчитаны на 2000, 2003, 2006 и 2009 годы соответственно.

Таблица 1. Размер выборки 4-х обследований

Год проведения исследования	Год, относительно анализа данных	Размер выборки (домохозяйства)	Размер выборки (население)
Март 2001	2000		12,901
Март 2004	2003	3,000	18,690
Март 2007	2006	5,005	21,257
Март 2010	2009	5,001	20,225

Выборка обследования не является самовзвешенной и для представления результатов применялся коэффициент взвешивания для поправки превышения выборки определенных малонаселенных пунктов. Этот опрос не был само-взвешенным, и вес выборок использовался в анализе для поправки превышения выборки определенных малонаселенных районов. В этом отчете в ходе анализа в большинстве случаев использовались взвешенные данные

2.2. Инструмент обследования

Вопросник был составлен таким образом, чтобы получить данные о расходах на здравоохранение на различных уровнях предоставления услуг: амбулаторные и госпитальные, а также лекарственные средства. Инструмент обследования состоит из следующих пяти разделов:

- Общая демографическая информация о домохозяйстве и его членах;
- Использование и расходы, связанные с получением медицинских услуг на первичном уровне за последние 30 дней;
- Использование и расходы связанные с получением медицинских услуг на больничном уровне за последние 12 месяцев;
- Осведомленность главы домохозяйства относительно прав в рамках программы государственных гарантий (ПГГ)
- Состояние здоровья каждого члена домохозяйства старше 18 лет, измерение артериального давления и вопросы, связанные с факторами риска сердечнососудистых заболеваний, таких как гипертония, избыточный вес, курение и т.д.

С целью того, чтобы провести сравнительный анализ с течением времени, методология и вопросник не был значительно изменен, лишь только несколько вопросов были добавлены.

2.3. Расчет расходов на медицинские услуги

Для расчета общих затрат на каждое домашнее хозяйство мы сложили расходы по всем этим категориям с некоторыми поправками, которые описываются ниже. При опросе были заданы детальные вопросы о непосредственных оплатах врачу (на амбулаторном уровне при госпитализации), за лекарства, за медицинские материалы и оборудование, и за питание и т.д. Кроме того, респондентов просили подсчитать стоимость оплаты в натуральной форме, сделанной врачу, например, подарки и др., а также стоимость продуктов питания и лекарств, которые они получали от родственников и друзей.

Для расчета годовых расходов домохозяйств, связанных с получением амбулаторной помощи, использовался следующий подход: расходы, связанные с одним амбулаторным визитом, были умножены на 12 месяцев. Расходы, связанные с госпитализацией, учитывают только случаи последней госпитализации тех респондентов, кто были госпитализированы в течение последних 12 месяцев. .

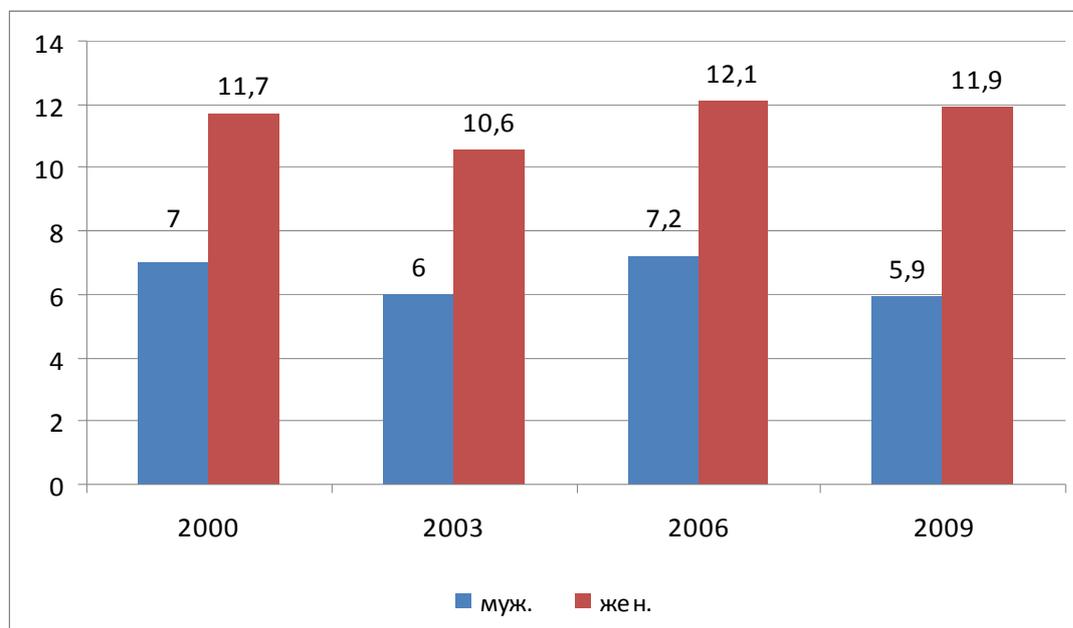
3. Результаты

3.1. Амбулаторные услуги

3.1.1. Использование медицинских услуг

Показатели использования медицинских услуг остаются достаточно стабильными на протяжении всего обследуемого периода: от 8% до 10% населения обращались за амбулаторными медицинскими услугами в течение месяца до проведения опроса. В марте 2009 года за медицинскими услугами обращались 6% мужчин и 12% женщин (Рис.1.).

Рисунок 1: Процент населения, которые обращались за медицинской помощью за последние 30 дней, 4 волны обследований

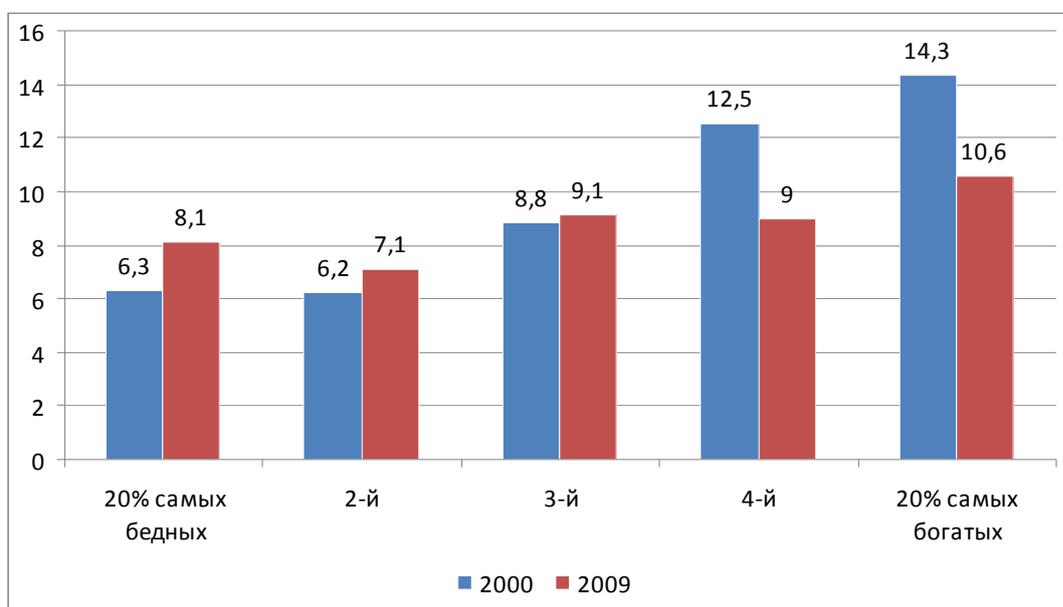


Во всем обследуемом периоде отмечалось, что мужчины реже, чем женщины обращались за медицинской помощью на уровне ПМСП. В 2009 году среди мужчин в возрасте 55-59 лет лишь 9,1% населения обращались за медицинской помощью (среди женщин - 23,3%), а в возрасте 60-64 лет их доля составила 13,4% (среди женщин 16,4%).

Низкий уровень использования медицинских услуг мужчинами в этом возрасте может иметь решающее значение для выявления и профилактики хронических заболеваний, в том числе и сердечнососудистых заболеваний. Тем более, контроль за гипертонической болезнью в этой группе осуществляется на приемлемом уровне: среди респондентов пенсионного возраста, обратившихся за медицинской помощью, артериальное давление было измерено 81% населения.

Различия в уровне использования медицинских услуг в зависимости от экономического статуса домохозяйства по-прежнему сохраняется, но отмечается тенденция к постоянному снижению: соотношение в уровне использования медицинских услуг на амбулаторном уровне между самой бедной и самой богатой квинтильными группами снизилось с 2,4 в 2000 году до 1,2 в 2009 году (Рис.2).

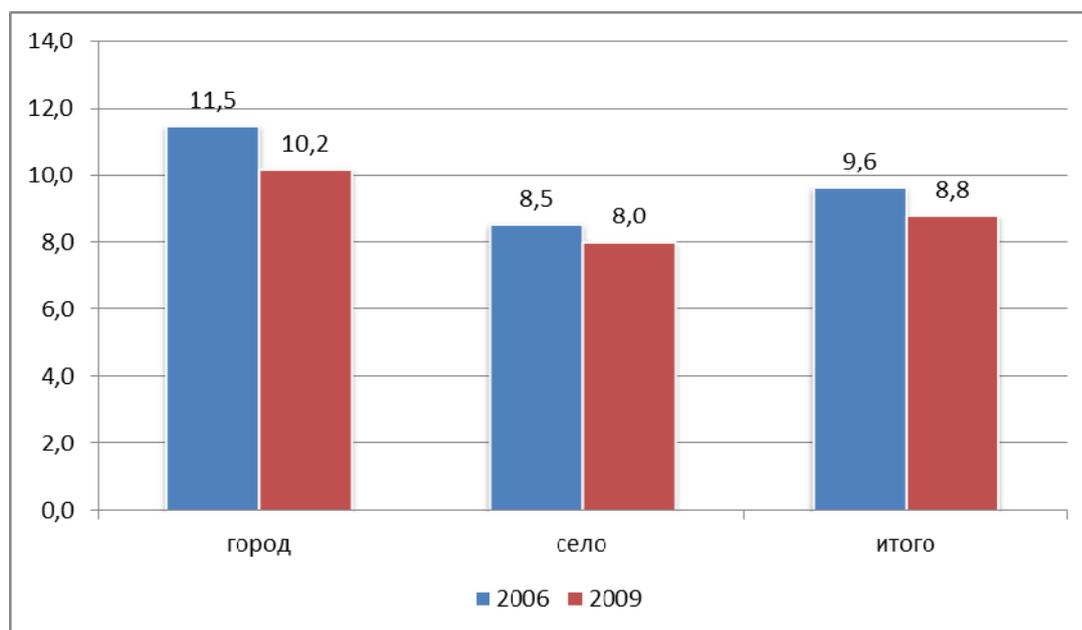
Рисунок 2. Использование медицинских услуг по квинтилям, 2000 и 2009 гг.



На рисунке 3, также видна небольшая тенденция к снижению использования медицинских услуг как в городской, так и в сельской местностях. Эту картину можно объяснить кризисом в области человеческих ресурсов в последние несколько лет, особенно это отмечается в сельской местности⁶.

⁶ Кожокеев К. и др. Исследовательский отчет № 51 «Изучение причин оттока врачей из системы здравоохранения Кыргызстана», ЦАПЗ

Рисунок 3. Использование медицинских услуг, город/село, 2006 и 2009 гг.



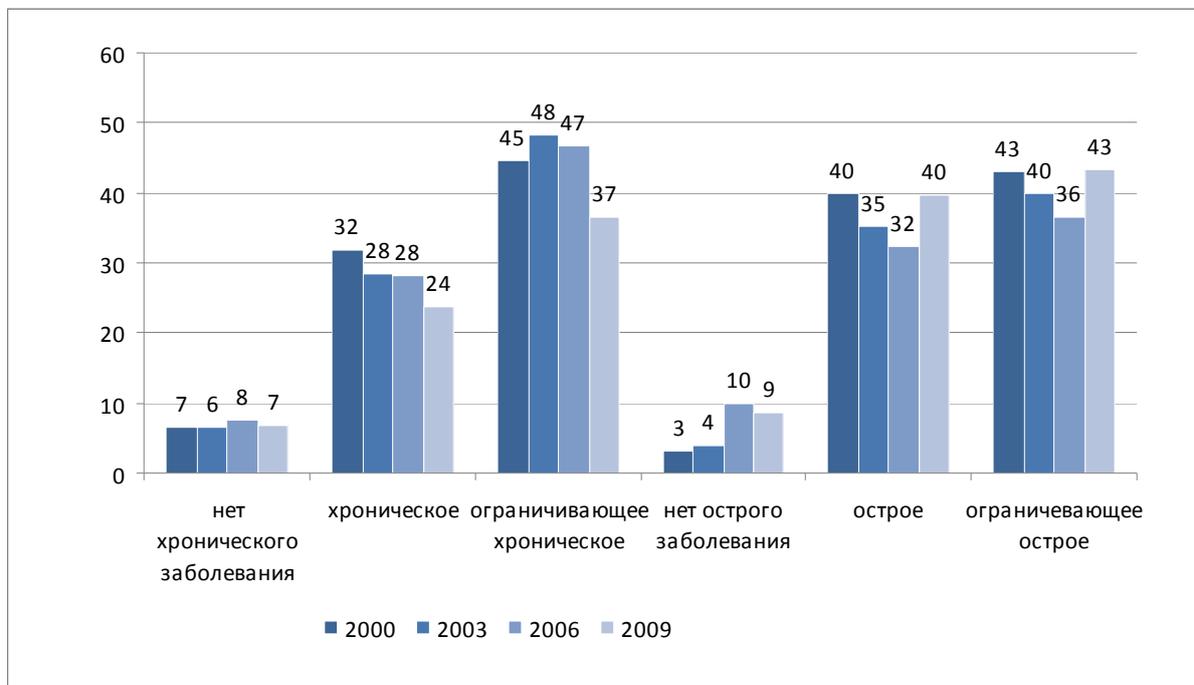
3.1.2. Структура использования медицинских услуг

Чаще всего население обращалось за медицинской помощью в связи с ухудшением состояния здоровья, а не с профилактическими целями:

- В 86,7% случаев обращений поводом стало ухудшение состояние здоровья. В общем списке причин обращения за медицинской помощью в 2009 году по сравнению с 2006 годом уменьшилась частота обращений с простудными заболеваниями (42,8% в 2006 г. и 31% в 2009 г.) и заметно увеличилась частота обращений в связи с ОКИ (0,1% в 2006 г. и 4,6% в 2009 г.) и туберкулезом (0,6% в 2006 г. и 7% в 2009 г.). Возросшая доля обращений на амбулаторный уровень по поводу туберкулеза указывает на расширение участия ПМСП в лечение туберкулеза, что отражает влияние реформ в этом секторе.
- Лишь 13,3% респондентов обратились с профилактическими целями: вакцинация ребенка – 6,6%, в том числе 22,1% среди обращений детей до 15 лет, контрацепция – 0,3%, в том числе 0,5% среди респондентов репродуктивного возраста и беременность - 6,4%, в том числе 16,4% среди женщин фертильного возраста.
- Среди респондентов, не имевших острых или хронических заболеваний, доля обращений за консультацией составила менее 10%. По сравнению с предыдущими годами доля обращений среди тех, кто имел острые заболевания, заметно возросла, в то время как заметно снизилась доля обращений среди тех, кто имел хронические заболевания (Рис. 4). Снижение в обращении за медицинской помощью в связи с хроническими заболеваниями вызывает беспокойство, так в Кыргызстане хронические заболевания составляют большую часть бремени заболеваний среди населения. Это может быть основанием для более глубокого исследования, чтобы понять: является ли причиной снижения более эффективный подход в оказании услуг по хроническим заболеваниям,

который требует лишь нескольких посещений врача, или, напротив, это означает проблемы в качестве предоставления услуг.

Рисунок 4. Процент обратившихся за медицинской помощью в последние 30 дней, 4 волны



В отношении использования медицинской услуг во время обследуемого периода происходили изменения, отражающие как влияние реформ, проводимых в стране, так и общую ситуацию в секторе здравоохранения (Рис. 4):

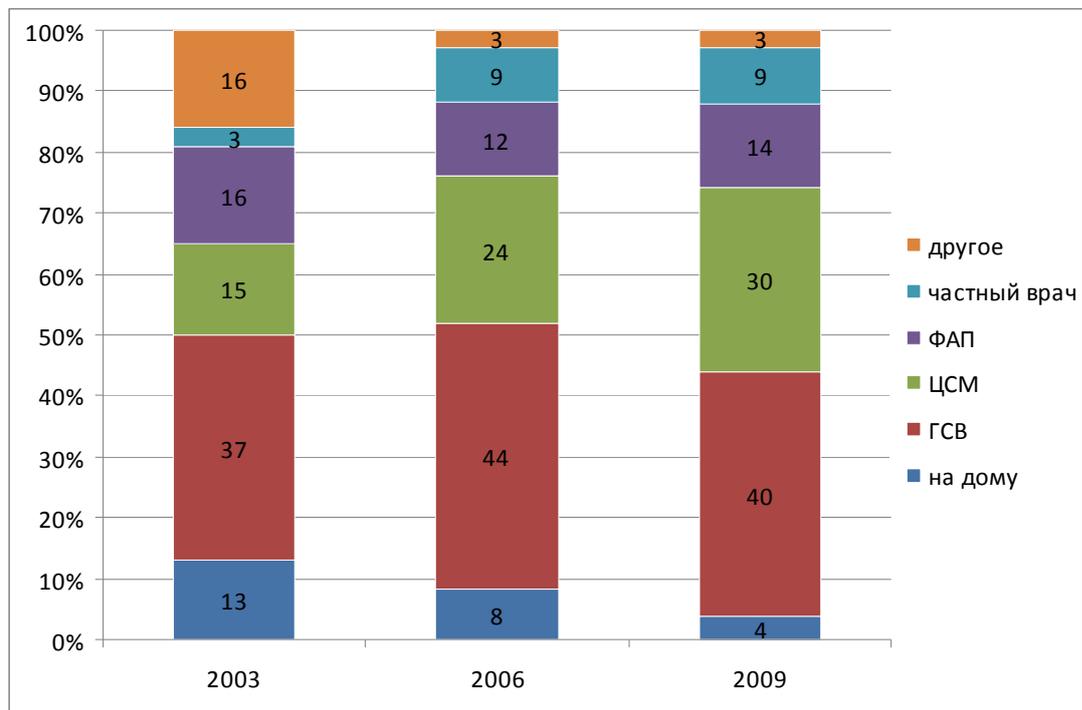
- Одной из наиболее примечательных тенденций является увеличение доли обращений в ГСВ и в ЦСМ (с 52% в 2003 году до 70,2% в 2009 г). Это увеличение произошло за счет снижения доли услуг, оказанных на дому и посещения «других» поставщиков мед.услуг, большинство из которых включают медицинские учреждения вторичного уровня.
- Снижение обращений за амбулаторной помощью в медицинские учреждения вторичного уровня (родильные дома, стационары и т.п.) с 16% в 2003 до 3% в 2009 г. свидетельствуют об эффективности реформирования первичного здравоохранения.
- Постоянное снижение доли консультаций, проходящих на дому у пациента, и существенное сокращение доли обращений в ГСВ с 2006 по 2009 г.г. может свидетельствовать о продолжающемся кризисе в сфере человеческих ресурсов и ограниченных ресурсах ПМСП для посещений пациентов на дому. Это особенно

проблематично для медицинских учреждений, работающих на территориях, заселенных внутренними мигрантами (в новостройках), где рабочая нагрузка на одного врача очень высокая, а вновь прибывшие мигранты не знают, куда обращаться за помощью, а так же для организаций, охватывающих отдаленные села.

- За обследованный период доля консультаций, проведенных средним медицинским персоналом (медицинскими сестрами, акушерами, фельдшерами) постоянно сокращалась (с 23% в 2003 г. до 8,3% в 2009 г.), и увеличивалась доля консультаций, проведенных государственными врачами (68% в 2003 г. до 79% в 2009 г.). С одной стороны, это свидетельствует о повышающемся доступе у населения к услугам ГСВ и ЦСМ. С другой стороны, это может быть свидетельством дисбаланса между врачами и средним медицинским персоналом. Много задач на уровне ПМСП может решаться средним медицинским персоналом, и повышение спроса на их услуги может быть хорошим способом решения существующих проблем с обеспеченностью человеческими ресурсами в сельской местности.
- С 2006 года число случаев обращений в частные медицинские центры значительно увеличилось, причем как среди городского, так и сельского населения (Рис.5). Это отражает увеличение количества частных медицинских центров и спектра услуг, которые они предоставляют. Исследование, проведенное ЦАПЗ в 2008 г., показывает, что частные провайдеры медицинских услуг предоставляют в большей части такие же услуги, что и государственные организации. Но услуги частных провайдеров являются востребованными и ценятся населением в связи с тем, что их подход является более ориентированным на клиентов⁷.

⁷ Чечейбаев Э., Якаб М. и др. «Частный сектор здравоохранения в КР», Документ Исследования Политики № 53, ЦАПЗ, 2008.

Рисунок 5. Место консультации, 2003, 2006, 2009 гг.



В 2009 году на 2% увеличилась доля обращений в ФАП по сравнению с 2007 годом, в том числе каждый пятый респондент, обращавшийся за помощью в сельской местности, обращался именно туда (Таблица 2). Однако в период между 2003 и 2006 гг. была отмечена тенденция к снижению уровня обращений в ФАПы. Увеличение обращаемости в ФАП совпало с периодом внедрения программы реформирования сектора здравоохранения «Манас Таалими», в рамках которой значительное внимание уделялось усилению инфраструктуры ФАПов. С 2006 четко определилось 3 места, где сельские жители получают медицинскую помощь: ФАП, ГСВ и ЦСМ.

Таблица 2. Тип медицинского учреждения, посещаемые по месту проживания (город/село), 2009

	Город	Село
На дому пациента	4,9	3,1
ФАП	5,3	20,0
ГСВ	39,7	40,4
ЦСМ/Поликлиника	37,7	24,7
Частный кабинет	10,4	8,4
Другое	1,9	3,4
Всего	100,0	100,0

3.1.3. Выплаты из кармана домохозяйств на амбулаторном уровне

Наличные выплаты «из кармана» включают в себя оплату за консультацию, в том числе оплату за услуги стоматолога и оплату услуг частных провайдеров, а так же оплату за лабораторные тесты.

В 2009 году 38% из тех, кто обращался за медицинскими услугами на амбулаторном уровне, делали какие-либо выплаты, средняя сумма расходов на одного обратившегося за медицинской помощью составила 131,1 сом. На консультацию медработника приходится 66% всех выплат, на лабораторные анализы – 32%, и 2% составляют другие выплаты. Как доля плативших, так и сумма сделанных выплат, увеличилась по сравнению с этим же периодом в 2006 году, как в номинальном выражении, так и в реальном, но незначительно (Таблица 3).

Таблица 3. Уровень наличных выплат «из кармана» пациента на ПМСП, 4 волны исследований

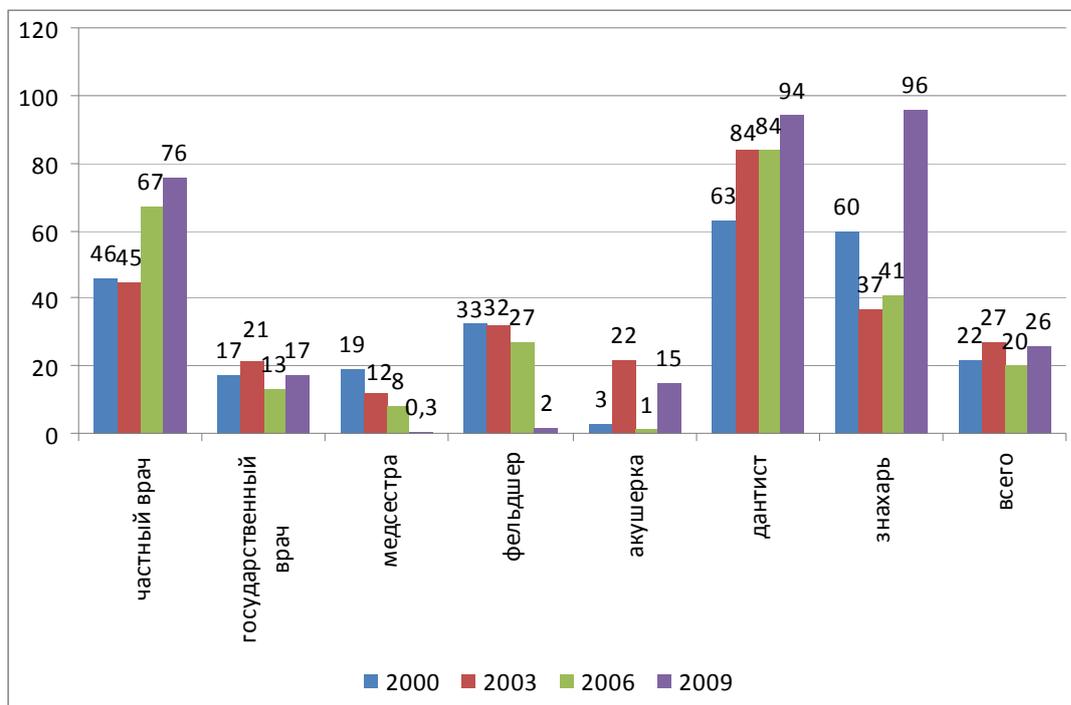
Категория	2000		2003		2006		2009	
	Норм.	Реал.	Норм.	Реал.	Норм.	Реал.	Норм.	Реал.
% тех, кто оплачивал	45.5%		36.1%		34,9%		38,1%	
Среди тех, кто платил (Сом)	130.8	130.8	129.7	115.3	228,2	176.9	344,7	182.3
Среди тех, кто нуждался в мед. помощи (Сом)	61.53	61.5	50.9	45.2	79,7	61.8	131,2	69.4
Среди всех (Сом)	6.2	6.2	4.5	4.0	7,3	5.7	11,5	6.1

Примечание: 1. Норм. - в номинальных выражениях; **Реал.** - в реальных выражениях

2. Для расчета расходов здравоохранения в реальном выражении использовался Индекс потребительских цен (2000=100).

В 2009 году за консультацию на амбулаторном уровне (т.е. оплата медицинскому персоналу, исключая оплату за лабораторные тесты) платили 26,1% обратившихся за медицинской помощью (Рис. 6). Этот показатель увеличился по сравнению с 2006 годом на 6% и приблизился к показателю 2003 года. Увеличение доли плативших за консультации связано с увеличением доли тех, кто оплачивал услуги стоматолога или частных провайдеров. В то же время, доля делавших выплаты в государственных учреждениях снизилась, особенно среди тех, кто оплачивал консультацию медицинских сестер, фельдшеров и акушеров. Средняя выплата акушерке составила 48 сомов, фельдшеру – 9 сомов, а медсестре - менее 1 сома.

Рисунок 6. Процент населения, платившие за консультацию по типу мед. персонала, 4 волны исследований



Одним из самых дорогостоящих является обращение в частные медицинские центры, где в среднем выплата составляет 444 сома. Все больше пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, получают платные услуги (94,4%). Средняя оплата стоматологу составила 492 сома.

Самый высокий уровень выплат отмечается в Чуйской (204 сом на одного обратившегося) и Иссык-Кульской областях (110 сом на одного обратившегося), и в г.Бишкек (143 сом на одного обратившегося за помощью). В других областях средняя выплата составляет менее 50 сомов. По сравнению с предыдущим периодом, значительно сократился размер выплат за консультацию у пациентов Ошской области (с 50,8 сомов в 2006 году до 31,6 в 2009г.), и в Таласской области (с 31 сома в 2006 году до 29 сомов в 2009г.).

Таблица 4. Средние оплаченные суммы среди всех, кто обращался за мед. помощью в Сомах и процент по каждой из категорий, по категориям расходов и областям, 2009 г.

Область	Транспорт		Консультация		Лаб. анализы		Др.выплаты		ВСЕГО
	Средняя	%	Средняя	%	Средняя	%	Средняя	%	Средняя
Иссык-куль	68	33	110	27	18	10	2	1	131
Джалалабад	34	30	21	11	36	17	1	2	60
Нарын	78	41	27	12	36	12	0	0	50
Баткен	28	42	51	18	17	19	2	1	67
Ош	9	22	32	36	38	27	10	2	85
Талас	79	59	29	16	13	20	1	2	45
Чуй	34	55	204	43	78	38	0	0	271
Бишкек	16	54	143	24	66	11	2	1	197
ВСЕГО	32	40	87	26	44	21	3	1	131

Замечание: средние суммы включают расходы на подарки

После значительного снижения в период с 2000 г. по 2003 г., уровень «других выплат», связанных с консультацией (такие как оплата за лабораторные анализы) начиная с 2003 года имеет тенденцию к увеличению: в 2000 году этот показатель составил 32%, в 2004 году - 17 %, в 2006 году - 20%, а в 2009 г. – 21%. Кроме того, необходимо отметить, что меньше чем два процента сообщили о преподнесении подарка медицинскому персоналу во время консультации (Таблица 5).

Таблица 5. Средние выплаты на амбулаторном уровне, 2009 г.

	Консультация	Лаб. анализы	Др.выплаты	Транспорт	ВСЕГО
% производящих выплаты среди тех, кто обращался за мед.	26,1	20,9	1,2	40,0	38,1
Средние оплаченные суммы среди тех, кто обращался за мед. помощью	86,7	41,4	3,1	32,3	131,2

Таким образом, анализ обращений на получение медицинских услуг и выплат «из кармана» пациента на амбулаторном уровне, позволяет сделать следующие выводы:

- Уровень использования медицинских услуг во всем обследуемом периоде остается стабильным, но отмечаются существенные изменения в структуре обращений, которые отражают как влияние реформ, так и складывающуюся ситуацию в секторе здравоохранения в целом. Так снижение уровня обращений в учреждения вторичного уровня, в том числе и по поводу туберкулеза, и

постепенное увеличение обращений в ФАП, свидетельствует об эффективности реформ в этом секторе. В то же время, увеличение обращений в ЦСМ, снижение консультаций на дому и сокращение консультаций, предоставленных средним медицинским персоналом, говорит о кризисе человеческих ресурсов, особенно в сельской местности.

- Фактами, вызывающими беспокойство, является снижение доли обращений за консультациями среди тех, кто имеет хронические заболевания, и низкий уровень обращения за медицинской помощью мужчин старше 55 лет. Это может оказать существенное влияние на эффективность контроля хронических заболеваний, включая гипертоническую болезнь.
- Основная доля выплат «из кармана» пациента приходится на оплату консультаций медицинского персонала. Положительным аспектом является то, что выплаты среднему медицинскому персоналу сокращаются. В то же время, увеличение доли обращений в медицинские учреждения с более дорогостоящей помощью (частные медицинские центры, ЦСМ) влияет на то, что как доля делавших выплаты на амбулаторном уровне, так и средняя сумма выплат, имеют тенденцию к увеличению.

3.2. Использование лекарственных средств и расходы пациентов

В марте 2009 года почти каждый четвертый респондент приобретал лекарства (24,5%), причем лишь 5,9% приобретали лекарства, назначенные врачом, и 20,2% приобретали лекарства самостоятельно. По сравнению с 2006 годом доля респондентов, покупавших лекарства по назначению врача и самостоятельно, практически не изменилась. Однако сумма, затрачиваемая на лекарственные средства, возросла, особенно на лекарства, не выписываемые врачом (Таблица 6). В марте 2009 года средняя сумма расходов на лекарства у тех, кто их покупал, составила 227 сомов.

Таблица 6. Уровень расходов на лекарственные средства, 2006, 2009

	2006	2009
% тех, кто покупал лекарства среди всех		
% тех, кто покупал только одно лекарство, назначенное врачом	6,6	5,9
% тех, кто покупал только одно лекарство, НЕ назначенное врачом	21,8	20,2
% тех, кто покупал лекарства за последние 30 дней	25,4	24,5
Средняя сумма, оплаченная за лекарства среди тех, кто покупал лекарства (сом)		
Назначенные врачом	93	112
НЕ назначенные врачом	71	115
ВСЕГО	161	227

Среди тех, кто обращался к врачу, лекарства были выписаны 69% респондентов, причем доля пациентов, получивших назначение от 4-х и более препаратов, как и в 2006 году, составила 25%. Чаще всего более 4-х препаратов назначалось пациентам с простудой (35%), в том числе и с сильной простудой с кашлем и температурой (37%), и с диареей (34%). Большинству беременных (71,3%) и детям, обратившихся за вакцинацией (89,1%), лекарства не назначались.

Среди тех, кому были назначены лекарства, 90% пациентов приобрели все выписанные препараты. Этот уровень достаточно высокий, и сохраняется на протяжении последних лет. Лишь 3,5% не стали приобретать ни одного препарата (Таблица 7). Финансовая доступность лекарств во время обследуемого периода постоянно повышалась: в 2009 г. 40% респондентов отметили, что не купили лекарства из-за их высокой цены, тогда как в 2000 г. их доля составляла 61%. Другой значимой причиной, по которой респонденты не стали приобретать лекарства, явилось их личное нежелание.

Таблица 7. Из тех, кто получил рецепт процент сообщающих о том, что они смогли приобрести выписанные препараты; а среди тех, кто не смог, причины, по которым так произошло, 4 волны исследований

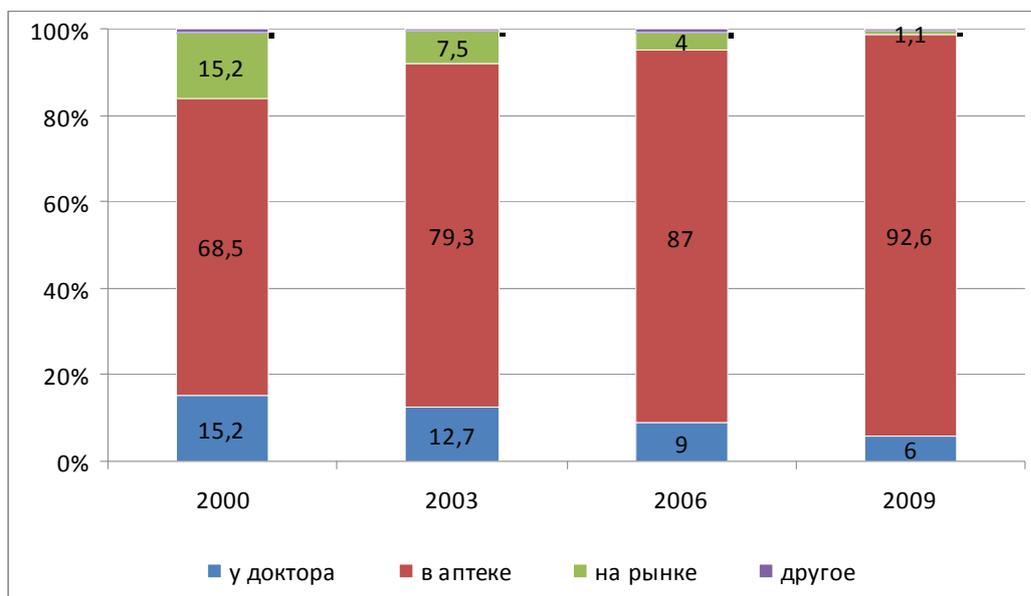
	2000	2003	2006	2009
Да, приобрели все лекарства	77	91	92	90
Да, но приобрели только некоторые	14	6	5	6
Не приобрели никакие	9	3	3	4
Всего	100%	100%	100%	100%
Среди тех, кто не приобрел препараты, причины по которым так получилось:				
Не смогли найти	11	17	6	10
Слишком дорогие	61	54	43	40
Не захотели	67	3	47	39
Не захотели	-	-	3	1
Другое	22	26	-	10

Данные исследования свидетельствуют о том, что территориальная доступность лекарств в данный момент не является проблемой в Кыргызстане. Лишь 1% пациентов, кто не приобрел лекарства, отметил, что сделал это из-за того, что аптека была далеко. Уже в первой программе развития здравоохранения «Манас» большое значение уделялось развитию сети частных аптек с широким территориальным охватом. Во время реализации второй программы «Манас Таалими» были предприняты дальнейшие шаги по содействию в открытии аптек в сельской местности.

Одним из индикаторов «Манас Таалими» является число сел с ГСВ, не имеющих аптек или аптечных пунктов, работающих по ДП ОМС, и данный индикатор показывает снижение с 121 села до 99 в период между 2005 и 2009 г.г.. Эти данные так же свидетельствуют в пользу вывода о хорошей географической доступности аптек и лекарств. Еще одним положительным изменением является то, что подавляющее большинство респондентов (92,6%) приобретали лекарства в аптеках, тогда как еще в 2006 году этот показатель составлял 87%, а в 2000 г.- 68,5% (Рис. 7). Остальные

лекарства были приобретены у медицинского персонала или на базаре, что в обоих случаях считается нелегальным. Распространение лекарств неконтролируемого низкого качества представляет потенциальный риск для здоровья населения.

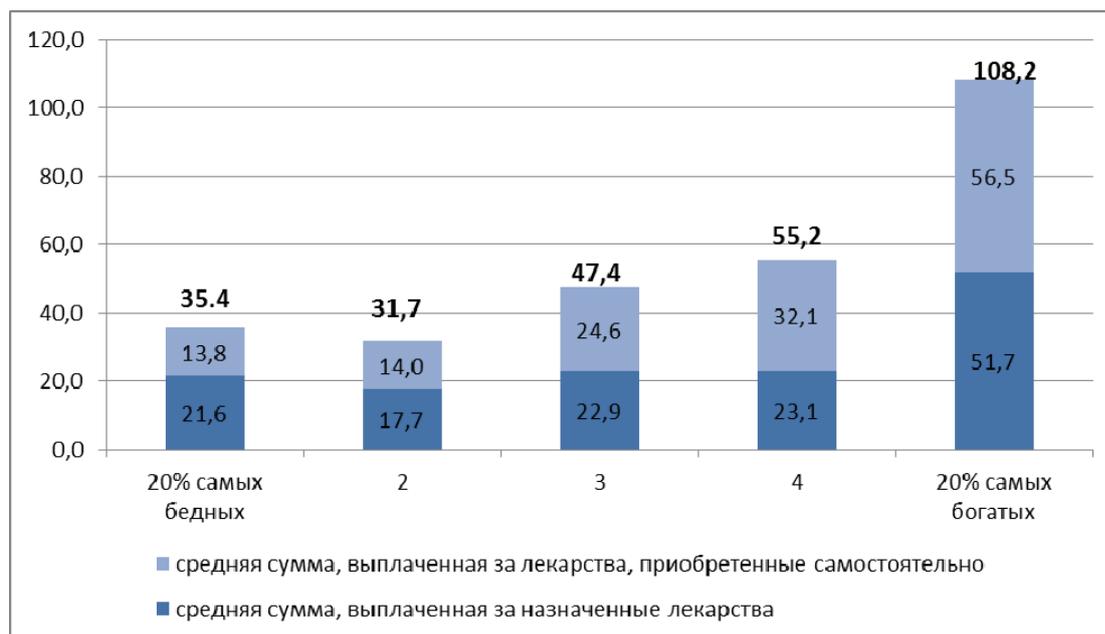
Рисунок 7. Месторасположение, где лекарственные средства были приобретены, 4 волны исследований



Как отмечалось выше, большинство случаев приобретения лекарств приходится на лекарства, которые покупаются без назначения врача: 24% респондентов из числа тех, кто покупал лекарства, приобретали препараты, назначенные врачом и 84% покупали лекарственные средства, которые им не были назначены. Даже среди тех, кто обращался к врачу и купил выписанные препараты, 28% приобрели дополнительно лекарства, которые им не были назначены. В целом расходы населения на невыписанные лекарства приблизительно равны расходам на выписанные лекарства (115 сомов и 112 сомов соответственно). Среди тех, кто обращался к врачу, средние расходы на выписанные лекарства составили 312 сомов, а на невыписанные – 51 сом. Возможно, дополнительно к выписанным лекарствам люди приобретают различные биологически активные добавки (БАД) (чай, капсулы, спреи и т.п.), стоимость которых относительно невысока либо количество самостоятельно приобретаемых препаратов меньше, чем выписываемых.

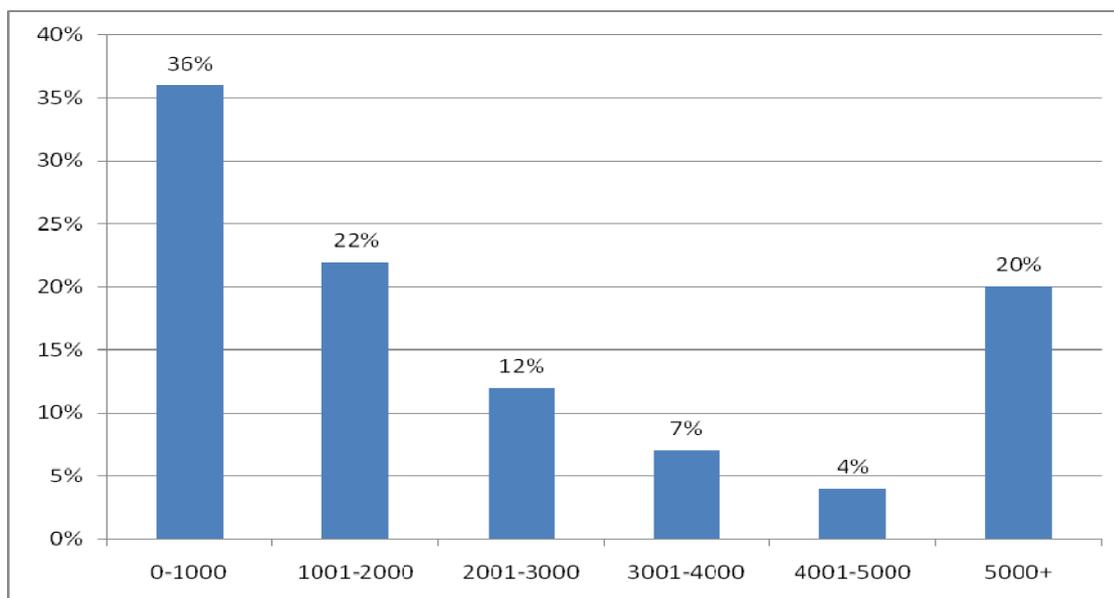
Анализ расходов на лекарства среди квинтильных групп показал следующее: расходы в самой бедной квинтильной группе составляют 35 сомов, а в самой богатой – 108 сомов (Рис. 8). Однако, если в двух беднейших квинтильных группах большая доля расходов приходится на выписанные лекарства, то в двух самых богатых квинтильных группах ситуация обратная: они тратят больше средств на невыписанные препараты.

Рисунок 8. Средние выплаты за лекарства среди всего населения (сом), 2009



Средние расходы на медикаменты скрывают истинное бремя этих расходов на конкретные категории населения. Ежегодно средние расходы на медикаменты составляют 4403 сомов среди тех, кто сообщили о каких-либо расходах, а срединная величина (медиана) расходов составила 1560 сом. Это показывает, что большое количество людей, тратят большие средства: 25% из этих людей, тратят больше, чем 3600 сомов; 10% - тратят больше, чем 7800 сомов и 5% - 15120 сомов (рисунок 9). Половина из этих людей, тратящих большие средства, относятся к наиболее богатому квинтилю и они, вероятно, предпочитают покупать более дорогие лекарства с брендовыми названиями. Тем не менее, 20% из тех, кто тратят большие средства, попадают в две беднейшие квинтили, и вероятнее, эти высокие расходы явились больше необходимостью, чем их выбором.

Рисунок 9. Процент населения, которые потратили какие-либо средства на медикаменты



Около 0,4% респондентов отметили, что приобретали лекарства по специальной цене на основе выписанного рецепта ФОМС. Данный вопрос предназначен для определения влияния ДП ОМС, лекарства по которому приобретаются на основе специального рецепта и распределяется медицинским персоналом на уровне ПМСП. Средние расходы на лекарства с использованием специальных рецептов были точно такими же, как и на остальные лекарства. Однако, это не означает, что ДП ОМС не имеет эффективного влияния на финансовую защиту, так как нет информации о том, каковы были бы расходы при отсутствии субсидированных лекарств. Частота, с которой представители разных квинтильных групп использовали рецепты дополнительного пакета ОМС, показывает, что при распределении рецептов медицинский персонал ориентируется не на материальное благосостояние пациента, а на другие факторы, например, тяжесть заболевания. Но, необходимо отметить, что размер выборки для данного анализа недостаточен, чтобы делать столь далеко идущие выводы по этим вопросам. Необходимо проведение дополнительного исследования, связанного с анализом влияния и справедливости Дополнительного Пакета ОМС.

Таким образом, анализ ситуации с приобретением лекарств позволяет сделать следующие выводы:

- Финансовая и территориальная доступность лекарств значительно улучшилась: 90% из тех, кому были назначены лекарства, приобрели все препараты, и более 92% купили их в аптеках.
- Среди населения распространена практика самолечения, о чем свидетельствует и то, что большая часть лекарственных средств были приобретены без назначения врача. На самостоятельно приобретенные лекарства затрачивается практически столько же средств, что и на лекарства назначенные врачом.

3.3. Госпитальные услуги

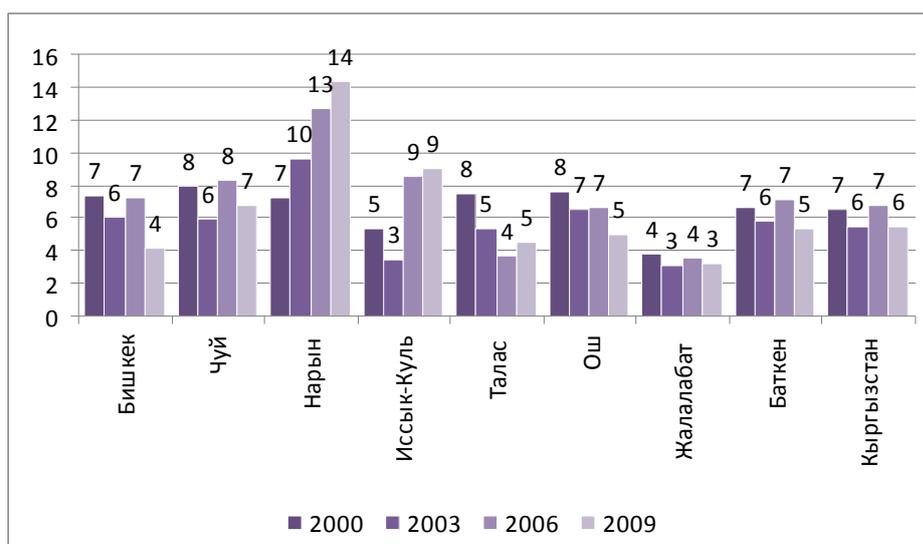
3.3.1. Использование госпитальных услуг

Уровень госпитализаций среди населения практически не изменялся во всем обследуемом периоде, и составлял от 6% до 7%. В течение 12 месяцев до обследования (февраль 2008-февраль 2009г.), 5,5% респондентов сообщили, что, по меньшей мере, один раз находились на лечении в стационаре. Частота госпитализаций так же оставалась стабильной: около 10% из числа обратившихся за стационарной помощью, были госпитализированы дважды, и 3% - три и более раз.

На протяжении всего обследуемого периода было отмечено несколько социальных характеристик групп респондентов, внутри которых уровень госпитализаций имел различие:

- Во всем обследуемом периоде уровень госпитализаций был выше среди представителей пенсионного возраста, и среди женщин репродуктивного возраста. В отношении женщин в возрасте от 15 до 55 лет более высокий уровень обращения в больницы может быть объяснен тем, что почти у 50% из них госпитализация была связана с родами.
- Существуют значительные региональные различия в уровнях госпитализации (Рис.10). На протяжении всего обследуемого периода самый высокий показатель отмечается в Нарынской области (14,3% в 2009 г.), а самый низкий в Джалал-Абаде (3,2% в 2009 г.). Не было отмечено существенных различий в уровнях госпитализации между городским и сельским населением. Если в период между 2003 и 2006 годами уровень госпитализации повысился во всех областях страны, то в 2009 году в Бишкеке, Чуйской, Ошской и Баткенской областях произошло снижение использования госпитальной помощи.

Рисунок 10. Уровень использования госпитальной помощи по областям, 4 волны исследований (%)



Ситуация относительно использования госпитальных услуг в разных социально-экономических группах в период с 2006 по 2009 годы кардинально изменилась. В 2000-2006 годах уровень госпитализаций в самой богатой квинтильной группе был выше, чем в беднейшей. Одной из задач программы реформирования системы здравоохранения является сокращения разброса в использовании госпитальной помощи между беднейшими и богатыми квинтилями⁸. Как показали результаты КИОД, уровень использования госпитальной помощи среди представителей самых богатых квинтилей существенно снизился, и в самом беднейшем квинтиле обращение за госпитальной помощью было даже выше, чем в более богатых. (Таблица 8).

Таблица 8. Использование госпитальных услуг в течение последнего года по квинтилям расходов домохозяйства на человека (%), 4 волны исследований

Госпитализированные за последний год (%)	Самые бедные 20%	2	3	4	Самые богатые 20%	Все	Q1: Q5
2000	5.2	5.0	6.3	7.8	8.8	6.5	0.59
2003	5.1	4.6	5.4	6.8	5.8	5.5	0.88
2006	5.6	4.9	5.1	7.0	9.6	6.4	0.58
2009	5.9	5.1	5.9	5.6	5.2	5.5	1.1

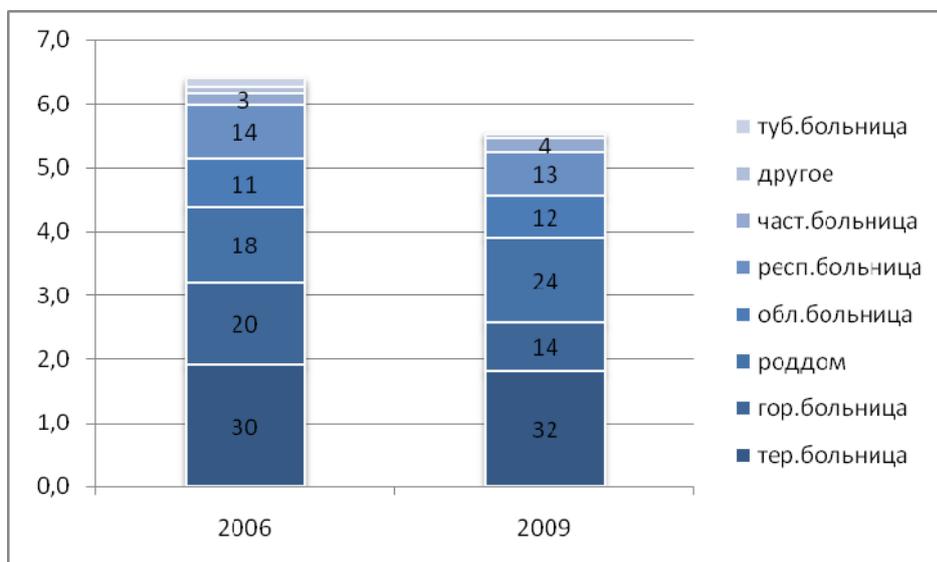
Средняя продолжительность пребывания в стационаре имеет устойчивую тенденцию к сокращению: в 2000 году она составляла 15,3 дня, а в 2009 – 11,6 дня. Время пребывания значительно сократилось практически во всех типах медицинских учреждений, за исключением родильных домов, где средняя продолжительность пребывания пациенток составляет 5 дней (8 дней в 2000 г. и 5 дней в 2006 г.). Таким образом, усилия Министерства здравоохранения по сокращению времени пребывания пациентов в стационаре являются успешными. Однако, стоит отметить также, что наряду со стабильным сокращением пребывания, увеличивается уровень госпитализаций и зачастую необоснованных. Исследование, проведенное в 2009 г. ЦАПЗ, отмечает эту тенденцию, что тесно связано с качеством предоставляемых услуг, а именно с обеспечением соответствия медицинской помощи объективному состоянию пациента на госпитальном уровне системы здравоохранения⁹.

Структура обращений за госпитальной помощью по типу медицинского учреждения почти не изменилась: основная доля населения обращалась за помощью в местные больницы (территориальные и городские), и по 12% обратились в областные и республиканские учреждения (Рис. 11). Чаще всего в больницы республиканского значения обращаются жители г.Бишкека (28%) и Чуйской области (26%), и реже всего – жители южных областей, наиболее удаленных от столицы: Ошской (1,2%), Жалалабатской (3,2%) и Баткенской (3,9%).

⁸ Среднесрочный обзор Манас Таалими, Министерство Здравоохранения КР, 2008

⁹ Мурзалиева Г., Чолурова Р., Зурдинова А. «Ситуационный анализ по обоснованности госпитализаций среди детей до 5 лет и беременных женщин», Документ Исследования Политики № 68, ЦАПЗ, 2009

Рисунок 11. Структура обращений за госпитальной помощью по типу учреждений, (% от обратившихся за помощью), 2006 и 2009

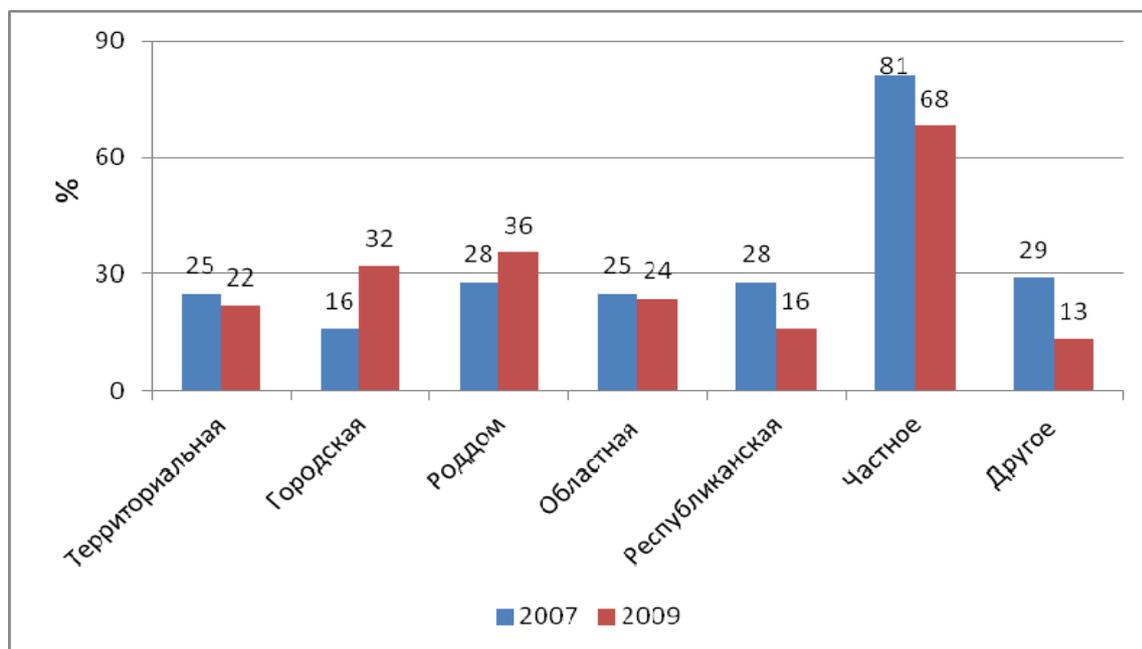


Различия в обращениях за госпитальной помощью в отношении типа учреждения так же связаны с социально-экономическим статусом. Представители беднейшего квинтиля обращались в местные больницы, где как сооплата, так и другие расходы, связанные с госпитализацией, обходятся дешевле. Так среди них самая высокая доля обратившихся за помощью в территориальные больницы (40,8%) и самая низкая доля тех, кто обращался в республиканские учреждения (4,1%). 19% респондентов из самого богатого квинтиля обращались в республиканские больницы, и 25% обращались в территориальные больницы. Таким образом, если в целом разрыв в использовании госпитальной помощи между бедными и богатыми сократился, то услуги третичного уровня для беднейших остаются по-прежнему труднодоступными.

Большое значение для отслеживания эффективности реформ имеет вопрос, связанный с перенаправлениями. Почти 2/3 госпитализированных в 2009 году были перенаправлены из медицинских учреждений первичного уровня: ФАП (14%), ГСВ (32%) и ЦСМ (17%). Но доля самонаправлений продолжает расти: с 19% в 2004 г. до 28% в 2009 г. В периоде с 2000 по 2006 годы¹⁰ основная доля самонаправлений приходилась на медицинские учреждения третичного уровня. В 2009 году выросла доля самонаправлений в городские больницы и родильные дома, а доля самонаправлений в республиканские медицинские учреждения снизилась (Рис. 12).

¹⁰ Фолкингом Дж., Акказиева Б., Бачьери А. Здоровье, обращение за медицинской помощью и наличные расходы «из-кармана» пациента в Кыргызстане, 2007

Рисунок 12. Процент самонаправленных госпитализаций по типу учреждения, 2006г. и 2009 г.



Как и в предыдущих периодах, доля самонаправлений среди представителей самой бедной квинтильной группы оказалась самой высокой (29%). Причиной этому может быть (1) то, что люди, проживающие в бедных домохозяйствах, менее информированы о процессе реформирования сектора здравоохранения и зависимости стоимости лечения от наличия перенаправлений, либо (2) у бедных нет возможностей пройти предварительное обследование на ПМСП, и они предпочитают «ускорить» процесс, обращаясь сразу в больницу. В любом случае, это означает, что те, кто находятся в более низком уровне распределения по благосостоянию, чаще сталкиваются с более высокими уровнями сооплаты, так как разница в сооплате в территориальной больнице для пациента, не имеющего льгот, но обратившегося по направлению, и для пациента, не имеющего направления, составляет 2,5 раза.

Большинство пациентов были госпитализированы в медицинские учреждения рядом с домом – медианное расстояние составляло 8 км. Но для 43% из тех, кто был госпитализирован, время, затраченное на поездку до больницы, составило более 1 часа. На «Скорой помощи» в больницы были доставлены лишь 10% респондентов, и этот показатель не изменялся с 2003 года. Возможность добраться до больницы в машине «Скорой помощи» в большей степени есть у жителей г. Бишкека (27%) и Чуйской области (16%), в других областях доля доставленных в стационар этим способом значительно меньше (от 4% до 7%). По сравнению с 2006 годом увеличилась доля тех, кто добирался до больницы собственным транспортом (14% в 2006 г. и 22% в 2009 г.) и на такси (34% и 41% соответственно).

3.3.2. Выплаты из «кармана» домохозяйств по типам расходов

Как правило, госпитализация представляет собой крупные расходы для большинства домохозяйств. В этом разделе рассматриваются два вида расходов: прямые расходы, связанные с денежными выплатами, и косвенные расходы, связанные с попыткой компенсировать часть расходов путем замещения больничных услуг поддержкой членов семьи.

Общие расходы

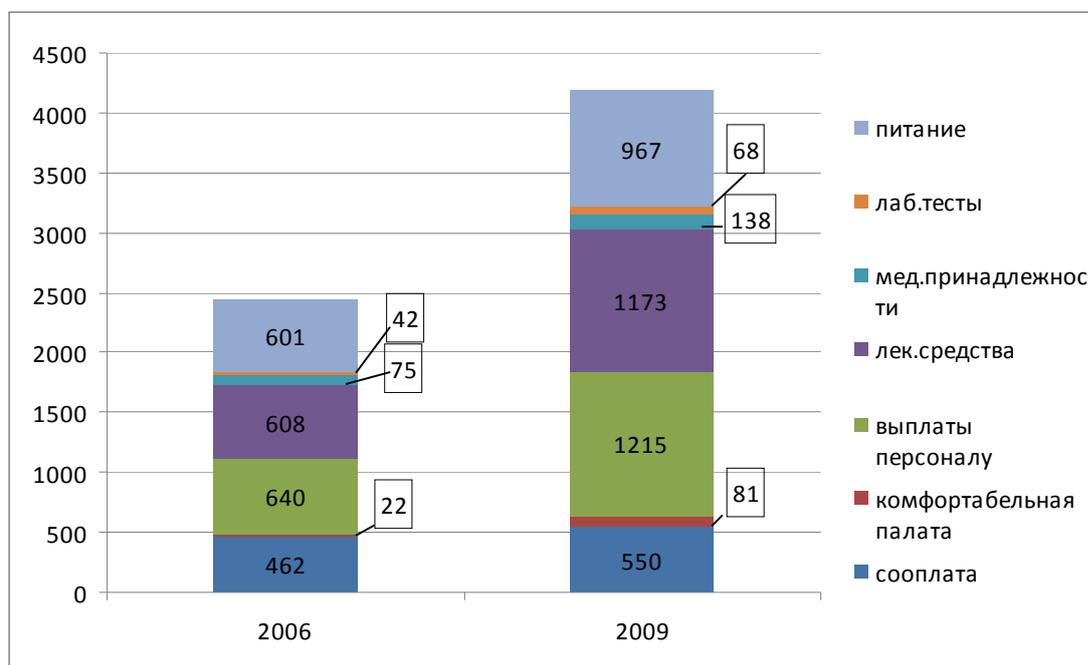
В целом 97,8% из числа тех, кто был госпитализирован с февраля 2009 по февраль 2010 года, осуществляли какие-либо выплаты в стационарах. За весь обследуемый период (с 2000 по 2009 год) существенно снизилась доля тех, кто платит в стационаре за лекарства и лабораторные анализы (Таблица 9), что может быть связано с влиянием внедрения системы единого плательщика и проведением реструктуризации. Но по-прежнему остается высоким уровень неформальных выплат медицинскому персоналу и расходы на питание. Следует признать, что практика приобретения дополнительно продуктов питания является скорее традицией, чем вынужденной мерой. И хотя расходы на питание составляют 23% от всех расходов, связанных с госпитализацией, в общем анализе расходов домохозяйств на услуги здравоохранения этот аспект не учитывается.

Таблица 9. Процент осуществлявших выплаты в стационаре (от общего числа госпитализированных)

	2001	2004	2007	2009
Сооплата	48	58	64	57
Комфортабельная палата	-	-	4	4
Мед. персонал	47	46	53	55
Лекарственные средства	83	70	65	64
Мед. принадлежности	67	47	67	52
Лабораторные анализы	55	39	31	28
Питание	93	82	65	91
Все категории	65	57	50	50

В 2009 году отмечается значительное увеличение средней суммы расходов, связанных с госпитализацией по сравнению с 2006 г. (4 205 сомов в 2009 г. и 2 450 сомов в 2006 г.), причем увеличение расходов отмечается по всем категориям выплат (Рис. 13). В общей структуре расходов основная доля приходится на выплаты медицинскому персоналу (26% в 2006 г. и 29% в 2009 г.), оплату лекарств (25% и 28% соответственно) и питание (24% в 2006 г. и 23% в 2009 г.).

Рисунок 13. Средние общие расходы на госпитализацию среди всех пациентов (вкл. нули), 2006 и 2009 гг.



Средняя сумма расходов на госпитализацию в 2009 году увеличилась по сравнению с 2006 годом на 79% (исключая расходы на питание). Более чем в 2 раза расходы увеличились в Жалабатской, Ошской и Баткенской областях, а так же в г.Бишкеке (Таблица 10). Наименьшие выплаты на госпитальном уровне отмечены в Таласской области, самые высокие – в Бишкеке и Чуйской области.

Таблица 10. Средние расходы на госпитализацию (исключая питание) среди всех пациентов, по областям, 2006 и 2009 гг.

Область	2006		2009	
	среднее	медиана	среднее	медиана
Чуйская	3 202	2 050	4 538	2 700
Бишкек	2 054	1 450	4 912	2 500
Таласская	1 704	1 110	1 950	700
Иссык-Кульская	1 684	960	2 659	1 100
Ошская	1 535	850	3 104	2 020
Нарынская	1 387	631	2 754	760
Баткенская	1 194	720	2 439	1 330
Жалалбатская	958	550	2 394	890
Всего	1 850	1 070	3 306	1 550

Общие расходы на госпитализацию варьируются так же в зависимости от социально-экономического статуса (Таблица 11). В самом бедном квинтиле с 2006 года сумма выплат на госпитальном уровне увеличилась на 71%, а в самом богатом на 130%. Кроме того, средние расходы на госпитализацию также варьируются в зависимости от типа больницы, в частности в 2009 г. самые большие расходы были произведены в больницах

республиканского уровня (7,287 сом), в территориальных больницах расходы были умеренными (2,391сом), а самые низкие в роддомах (1,399 сом).

Таблица 11. Средние расходы на госпитализацию (исключая питание) среди всех пациентов, по квинтилям, 2006, 2009 г.г.

	2006		2009	
	среднее	медиана	среднее	медиана
Самые бедные 20%	1 035	700	1 778	860
2-й	1 577	840	2 193	1 200
3-й	1 736	1 150	3 207	1 760
4-й	1 669	1 030	4 040	2 230
Самые богатые 20%	2 373	1 700	5 448	2 600
Всего	1 778	1 080	3 306	1 550

Оплата персоналу

В общей сложности 54,5% из всех, кто был госпитализирован, отметили, что делали дополнительные выплаты персоналу, в том числе 59% из тех, кто не вносил сооплату и 52% пациентов, внесших сооплату. Средняя сумма выплат персоналу составила 1 215 сомов, в том числе оплата деньгами составляет 1 134 сома и в натуральном виде (в виде подарков и т.д.) – 81 сом.

Анализ данных в разрезе по социально-экономическому статусу респондентов показывает, что частота неформальных платежей персоналу среди бедных и богатых пациентов почти одинаковая. Но в абсолютном выражении, сумма выплат имеет существенные различия в зависимости от экономического статуса: более богатые платят в 4 раза больше, чем бедные (Таблица 12).

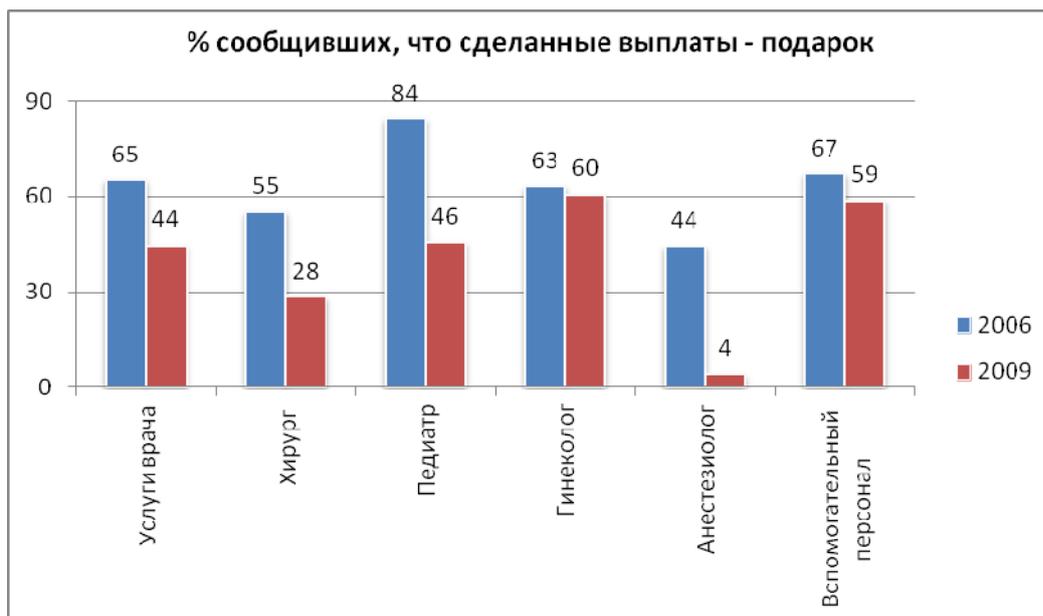
Таблица 12. Процент находившихся в стационаре и делавших выплаты персоналу и средний размер выплат в зависимости от социально-экономического статуса, 2009

	% плативших	Средняя оплата персоналу	% делавших подарки	Средняя стоимость подарков персоналу	общая сумма выплат на персонал
Самые бедные 20%	44,4	521	15,8	40	561
2	48,8	572	21,2	101	673
3	40,9	588	14,7	60	648
4	54,2	1 903	20,3	103	2 006
Самые богатые 20%	52,1	2 168	15,5	109	2 277
всего	47,9	1 134	17,4	81	1 215

Большинство выплат медицинскому персоналу в больницах в 2009 году были сделаны не по инициативе пациентов или их родственников, а по просьбе врача, а это означает, что они были неформальными платежами (Рис. 14). Данные о том, что хирурги и

анестезиологи часто сами назначают сумму за операцию¹¹, находят свое подтверждение: только 4% респондентов из числа делавших выплаты анестезиологам отметили, что это было подарком, и 86% сказали, что врач попросил об этом, а 9% - что врач намекнул. Выплаты акушер-гинекологам и вспомогательному медицинскому персоналу чаще всего делаются по собственной инициативе, из желания поблагодарить.

Рисунок 14. Процент респондентов, из числа делавших выплаты персоналу, кто сообщил, что это был подарок, 2006, 2009

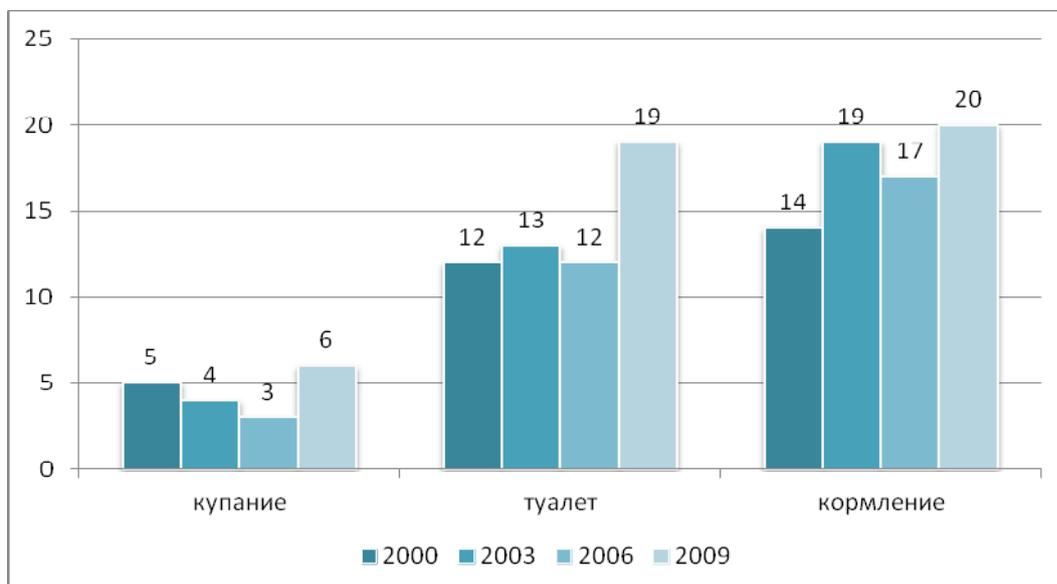


Поддержка семьи

Общепринято для семей пациента компенсировать некоторые из расходов путем предоставления питания и постельного белья, а также и тем, что они берут на себя ответственность за выполнение задач по личному уходу, такие как купание и кормление своего больного члена семьи. Но часть семей берет на себя и другие обязанности, которые обычно выполняются медсестрами и врачами: прием медикаментов и выполнение инъекций. Анализ данных показал, что около 20% госпитализированным респондентам члены семьи обеспечивали личный уход (Рис. 15). В частности, основным видом помощи является кормление и сопровождение в туалет.

¹¹ Фолкингом Дж., Акказиева Б., Бачьери А. «Здоровье, обращение за медицинской помощью и наличные расходы «из-кармана» пациента в Кыргызстане», 2007, стр.35 Доступно по ссылке.

Рисунок 15. Процент сообщающих о помощи семьи в выполнении задач по личному уходу во время пребывания в стационаре, 4 волны исследований



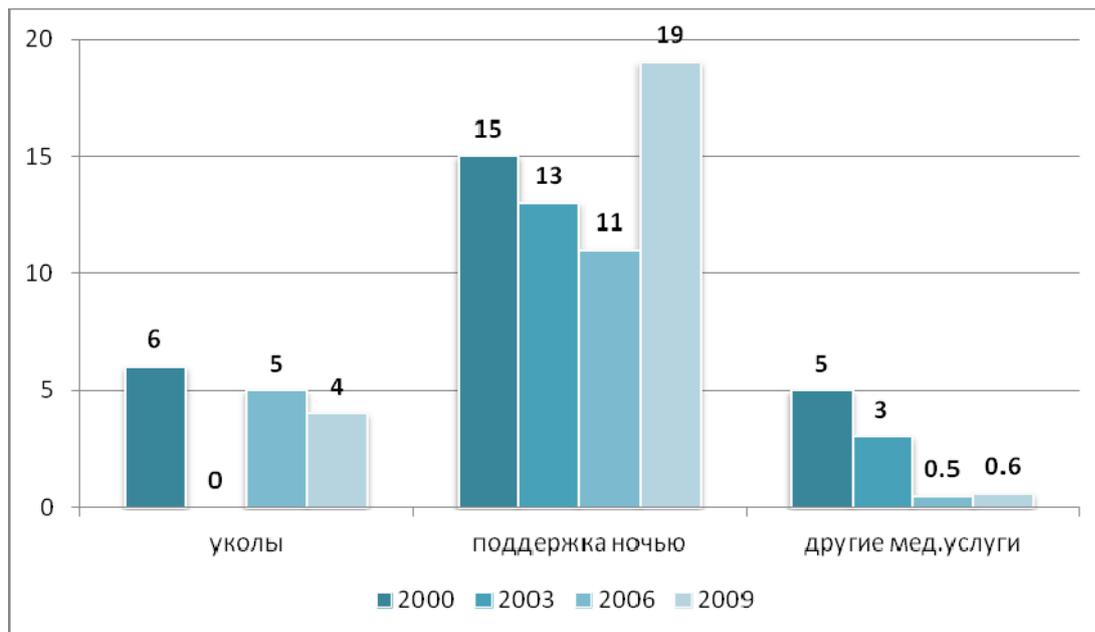
Уровень предоставления питания больному остался такой же, но по сравнению с 2006 годом вновь увеличился уровень предоставления лекарств и медицинских инструментов (Рис. 16). Чаще необходимость предоставления медицинских изделий возникала у семей, чьи члены проходили лечение в областных (62%) и республиканских больницах (55%). Лишь 18% пациентов, проходивших лечение в частных клиниках, дополнительно приобретали медицинские изделия. Уровень приобретения лекарств выше среднего практически во всех стационарах, кроме родильных домов (41%) и частных клиник (31%).

Рисунок 16. Процент сообщающих о предоставлении семьей избранных предметов во время пребывания в стационаре, 4 волны исследований



По-прежнему отмечаются случаи, когда члены семьи делают уколы своим заболевшим родственникам (Рис. 17), и чаще всего такие случаи отмечали пациенты, которые проходили лечение в территориальных (5,2%) и городских больницах (10%). Заметно возросла доля пациентов, которые отметили, что члены семьи дежурили в больницах по ночам. Самый низкий показатель отмечается у находившихся на лечении в частных больницах (6%) и в роддомах (1%).

Рисунок 17. Процент сообщающих о том, что семья предоставляла избранные услуги во время пребывания в стационаре, 4 волны исследований



Таким образом, анализ получения медицинской помощи на уровне стационаров, позволяет сделать выводы о положительных изменениях:

- Разброс уровня госпитализации среди социально-экономических групп за период с 2001 по 2009 гг. сократился; что может свидетельствовать о повышении справедливости в потреблении госпитальной помощи.
- Усилия МЗ КР по сокращению длительности пребывания пациентов в стационарах так же являются успешными: средняя продолжительность пребывания в больнице с 2000 по 2009 годы сократилась на 4,3 дня.
- Существенно снизилась доля пациентов, которые были вынуждены оплачивать лекарства и лабораторные анализы.

Однако в обеспечении финансовой доступности и справедливости медицинской помощи в стационарах остаются проблемы:

- Заметно увеличивается доля самонаправлений, причем преимущественно среди самых бедных квинтильных групп, что существенным образом сказывается на стоимости расходов.

- Жители отдаленных регионов не имеют возможности пользоваться услугами «Скорой помощи» и вынуждены использовать платный транспорт, чтобы добраться до больницы.
- Отмечается существенный разрыв в использовании услуг медицинских учреждений третичного уровня в зависимости от социально-экономического положения респондентов.
- Как доля делавших выплаты, так и выплачиваемые суммы медицинскому персоналу имеют устойчивую тенденцию к росту. Причем большинство выплат были вынужденными, и сделаны не по инициативе пациентов.

3.4. Общие расходы на здравоохранение

3.4.1. Частные расходы выплат из кармана по уровням предоставления услуг и квинтилям

Мы разбили расходы на три категории: амбулаторные расходы, расходы на лекарства и стационарные расходы. Амбулаторные расходы включают все расходы и стоимость подарков, преподнесенных медицинскому персоналу во время амбулаторных визитов. Расходы на лекарства включают как рецептурные, так и не рецептурные лекарства, о которых говорилось в разделе «амбулаторные услуги» (т.е. они не включают приобретение лекарств, связанных с госпитализациями). Стационарные расходы включают все выплаты, сделанные во время госпитализаций, включая сооплату, неофициальные выплаты персоналу и оплату за лекарства.

Таблица 13 ниже представляет наши расчеты расходов в виде выплат из кармана на уровне всего населения за 2000, 2003, 2006 и 2009 годы. Так, **общие выплаты из кармана домохозяйств на душу населения** ежегодно увеличивались за период 2000-2009 на 29%, если брать расходы в номинальном выражении, а в реальном выражении – на 10%. Из анализа видно, что наиболее большой процент изменения был в период 2000-2003 гг. (63%), когда расходы в абсолютных величинах возросли почти в полтора раза, и даже учитывая инфляцию, скачок был достаточно большой (с 304 до 442 сом соответственно). Это общее увеличение не является внезапным, исходя из того, что Кыргызская Республика проходила период экономического роста. Необходимо отметить, что это увеличение в основном связано с ростом в затратах на лекарства.

Ежегодное номинальное увеличение **в расходах на лекарства** составляло 33%. Так за период 2000-2009 гг. расходы домохозяйств на лекарственные средства с учетом инфляции увеличились почти в 2 раза. Так, одним из факторов такого существенного увеличения является рост потребления лекарственных средств, и как видно из предыдущего раздела по использованию лек.средств в 2009 г. почти каждый четвертый респондент приобретал лекарства (24,5%), причем лишь 5,9% приобретали лекарства, назначенные врачом, и 20,2% приобретали лекарства самостоятельно. Другой гипотезой может быть резкий рост фармацевтических цен, так как многонациональные фармацевтические компании применяли все более агрессивные ценовые и маркетинговые стратегии. Однако, необходимо отметить, что за период с 2006-2009 гг.

расходы немного снизились, но все же остаются одной из высокочатратной категорией из всех трех.

Расходы домашних хозяйств на **амбулаторное лечение** в обследуемый период существенно увеличились как в номинальном, так и в реальном выражении почти в 1,5 раза. В целом среднее ежегодное увеличение в реальном выражении составило 13%, что является самым высоким из всех остальных категории, и этот рост произошел в ходе реализации Манас Таалими (2006-2009 гг.). Это вполне возможно связано с тем, что в рамках проводимых реформ в предоставлении услуг акцент был сделан на переориентацию с госпитальных на амбулаторные услуги.

И наконец, расходы домашних хозяйств на **стационарное лечение** увеличивались очень умеренно в этот временной промежуток, и среднее ежегодное увеличение в реальном выражении за период 2000-2009 составило лишь 3%. Исходя из этой картины, можно отметить, что реформы единого плательщика и политика сооплаты в какой-то мере сработали и успешно ограничили рост в расходах в виде выплат из кармана на госпитализации. Однако, все же необходимо отметить, что за период 2006-2009, реальный рост составил 28%, что является достаточно высоким по сравнению с другими периодами.

Таблица 13. Подушевые расходы из в виде выплат из кармана по уровням предоставления услуг, 4 исследования

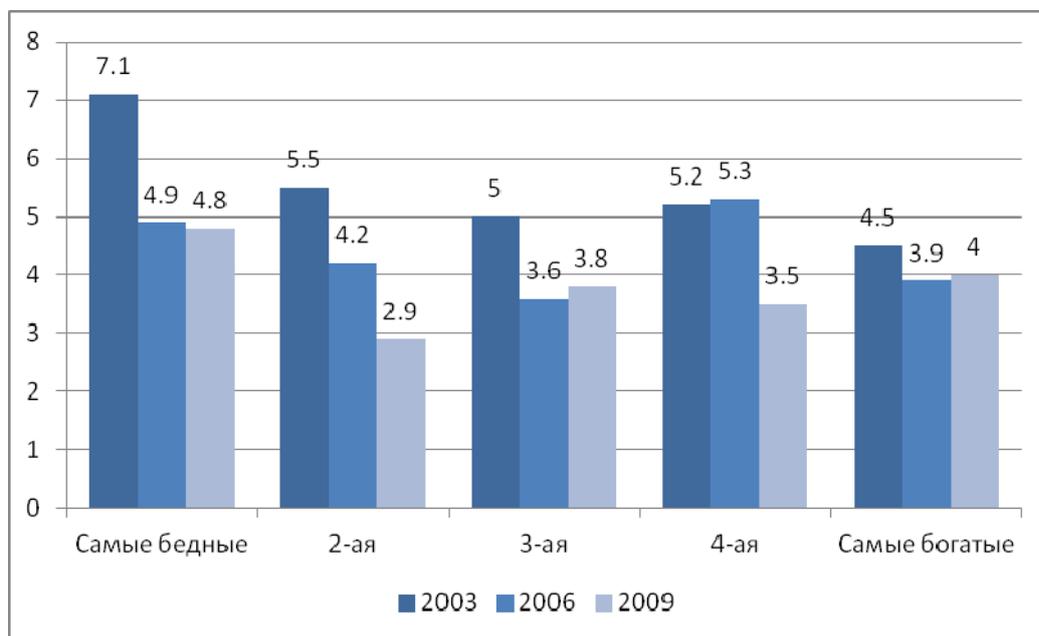
	Амбулаторные услуги		Лекарственные средства		Госпитальные услуги		Всего	
	Номинальное	Реальное	Номинальное	Реальное	Номинальное	Реальное	Номинальное	Реальное
2000								
Сом	42	42	168	168	94	94	304	304
%	14%		55%		31%		100%	
2003								
Сом	51	45	335	297	112	99	497	442
%	10%		67%		23%		100%	
% изменения 2000-03	20%	6%	99%	77%	19%	6%	63%	45%
2006								
Сом	81	63	470	364	164	127	714	554
%	11%		66%		23%		100%	
% изменения 2003-06	59%	39%	40%	22%	46%	28%	44%	25%
2009								
Сом	172	91	667	353	247	131	1,086	574
%	16%		61%		23%		100%	
% изменения 2003-06	112%	45%	42%	-3%	51%	3%	52%	4%
% изменения 2000-09	306%	115%	297%	110%	163%	39%	257%	89%
Среднегодовое изменение	34%	13%	33%	12%	18%	4%	29%	10%

Примечание: в реальном выражении, 2000=100

Расходы домохозяйств по квинтилям

В среднем расходы из кармана домохозяйств в доле общего бюджета домохозяйств существенно снизились в период с 2003 по 2006 годы и остановились в период с 2006 по 2009 годы. Также анализ расходов по квинтилям показывает, что в период с 2003 по 2006 годы было особенно сильным сокращением расходов из кармана домохозяйств в доле общего бюджета домохозяйств в трех нижних квинтилях и ограниченное изменение отмечено в двух самых высоких квинтилях. В период с 2006 по 2009 годы, видно изменение во второй и четвертой квинтилях. В целом, цель индикатора, включенного в Манас Таалими, поставлена такова, что расходы из кармана домохозяйств в доле общего бюджета домохозяйств в двух беднейших квинтилях не превышает более 5% и этот индикатора был достигнут. Однако следует отметить, что цель в 5% была поставлена по результатам Обследования домохозяйств 2003 года, а результаты 2006 года были доступны только при проведении Среднесрочного анализа стратегии.

Рисунок 18. Общий уровень наличных выплат за услуги здравоохранения как доля от общих ресурсов домашнего хозяйства



Далее детализируя этот показатель на числитель и знаменатель, получается интересная картина (Таблица 14). В период с 2003 по 2006 годы происходило одновременно два эффекта. Во-первых, система единого плательщика, включающая аккумулярование и новые механизмы закупок была поэтапно внедрена во всей республике с последующим аккумулярованием средств на национальном уровне, тем самым позволяя выравнять финансирование по всей стране. Это привело к значительному сокращению темпов роста расходов из кармана домохозяйств бедных слоев населения. Во-вторых, имело место умеренное развитие/рост, предназначенное для улучшения положения бедных слоев населения, и которое значительно увеличило бюджеты домашних хозяйств, в том числе в самых беднейших квильянтах. В результате, расходы из кармана домохозяйств в доле общего бюджета домохозяйств значительно сократилась, особенно в бедных слоях населения. В период с 2006 по 2009 годы, темпы роста расходов из кармана домохозяйств увеличивались в большинстве квильянтах. К счастью, в этот период в стране имело место развитие/рост экономики, предназначенное для улучшения положения бедных слоев населения, что соизмеримо с темпами роста расходов из кармана домохозяйств; и этот показатель остался на том же уровне без изменений в первой, третьей и пятой квильянтах, а также наблюдалось дальнейшее снижение во второй и четвертой квильянтах.

Таблица 14. Темпы роста расходов из кармана домохозяйств и потребления домохозяйств по квинтилям

	2003-06		2006-09	
	Темп роста расходов из кармана домохозяйств	Темп роста потребления домохозяйств	Темп роста расходов из кармана домохозяйств	Темп роста потребления домохозяйств
Самые бедные	21.8%	73.3%	71.6%	65.8%
2-ая	34.9%	73.9%	31.1%	62.6%
3-ая	24.2%	67.5%	79.0%	55.7%
4-ая	84.1%	69.9%	8.2%	44.7%
Самые богатые	61.2%	98.9%	48.3%	24.0%
KR	52.0%	81.7%	41.3%	41.7%

Важным выводом является то, что внедрение системы единого плательщика простимулировало проведение реструктуризации медицинских учреждений здравоохранения и позволило зафиксировать увеличение эффективности расходования средств. Это позволило перераспределить государственные средства с затрат на инфраструктуру на затраты на лекарственные средства и другие прямые затраты пациентов, таким образом сокращая расходы из кармана домохозяйств. Однако это оказалось временным эффектом, который перевернулся (перевесил) в период с 2006-2009 годы (i) из-за отсутствия прогресса в незавершенной реструктуризации, особенно в городах Бишкек и Ош (где расходы из кармана домохозяйств растут быстрее); (ii) из-за быстрого распространения количества лекарственных средств и их быстрого роста цен; а также (iii) из-за медленного прогресса в области доказательной медицины (клинической практике), включающая необоснованное выписывание рецептов, излишнее количество госпитализаций и т.д.

Таким образом, анализ общих выплат их кармана домохозяйств позволяет показывает смешанную картину:

- Темп роста замедлился в 2003-06 годах в период после введения системы единого плательщика и реструктуризации. Однако, после 2006 года быстрые темпы роста этих расходов возобновились, включая и в бедных слоях населения. В связи с тем, что, в период внедрения Манас таалими имело место развитие/рост экономики, предназначенное для улучшения положения бедных слоев населения, поэтому расходы из кармана домохозяйств в доле общего бюджета домохозяйств не увеличились.
- Расходы на лекарственные средства являются основной высокзатратной категорией в абсолютных значениях среди всех трех. Однако отмечается снижение в расходах на лек. средства учитывая инфляцию в период с 2006-2009 гг.
- Значительно увеличились расходы домашних хозяйств на амбулаторное лечение в период 2000-2009 гг.
- Наблюдался умеренный рост расходов на домашних хозяйств на стационарное лечение в этот временной промежуток, и среднее ежегодное увеличение в реальном выражении за период 2000-2009 составило лишь 4%.

3.4.2. Государственные – частные доли расходов и показатели общих расходов на здравоохранение

За период с 2000 года по 2009 год общие расходы здравоохранения (исключая внешнее финансирование) возросли с 2,9 до 11,1 млрд. сомов, что дает номинальный рост более чем в 4 раза, однако с учетом изменения цен, реальный рост составил около 1,3 раз (Таблица 15). Уровень государственных расходов за период 2000-2009 существенно вырос в 2.1 раз с учетом инфляции. Основной причиной такого роста является то, что одним из ключевых условий внешних партнеров по развитию для выделения средств в рамках SWAp являлось ежегодное увеличение государственного бюджета здравоохранения как процент от общего государственного бюджета на 0,6%. Увеличивая государственные расходы с начала реализации «Манас Таалими» и реализации SWAp (2006 г.), была надежда на улучшение деятельности систем здравоохранения в таких ключевых аспектах, как справедливость и состояние здоровья населения.

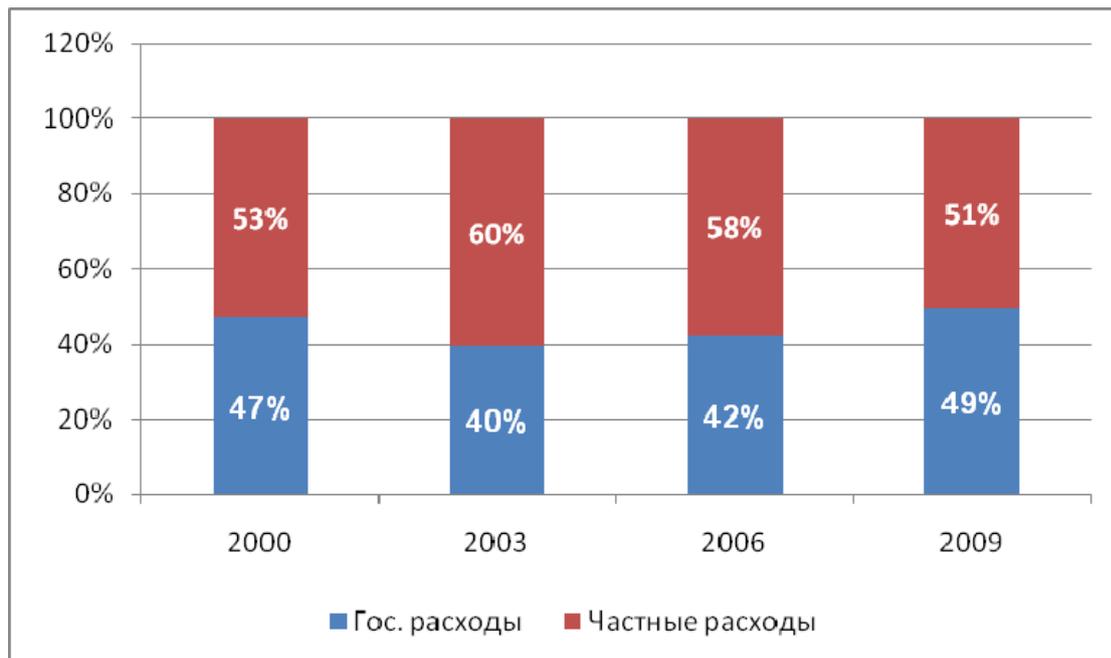
Таблица 15. Общие государственные и частные расходы на здравоохранение и на душу населения (млн.сом), 2000, 2003, 2006, 2009 гг.

	2000	2003	2006	2009
В номинальном выражении				
Общие расходы на здравоохранение (млн.сом)				
Гос. Расходы	1,353	1,726	2,888	5,492
Частные расходы	1,521	2,628	3,922	5,636
Всего	2,875	4,354	6,810	11,127
Расходы здравоохранения на душу населения (в сомах)				
Гос. Расходы	276	344	564	1,072
Частные расходы	311	524	766	1,086
Всего	587	869	1,379	1,390
Как % от общих расходов на здравоохранение				
Гос. Расходы	47%	40%	42%	49%
Частные расходы	53%	60%	58%	51%
Всего	100%	100%	100%	100%
В реальном выражении (2000=100)				
Общие расходы на здравоохранение (млн.сом)				
Гос. Расходы	1,353	1,533	2,238	2,905
Частные расходы	1,521	2,336	3,040	2,981
Всего	2,875	3,869	5,474	3,765
Расходы здравоохранения на душу населения (в сомах)				
Гос. Расходы	276	306	431	540
Частные расходы	311	466	586	574
Всего	587	772	1,017	1,114

В структуре общих расходов здравоохранения преобладают частные расходы населения, динамика которых за период с 2000-2009 годы смешанная, но примечательно то, что в 2009 г. доля частных расходов была меньше, чем в базовом году (2000г.). Так за период с 2006-2009 гг. их уровень снизился на 7% и составил 51% в 2009 г. против 58% а 2006 г.

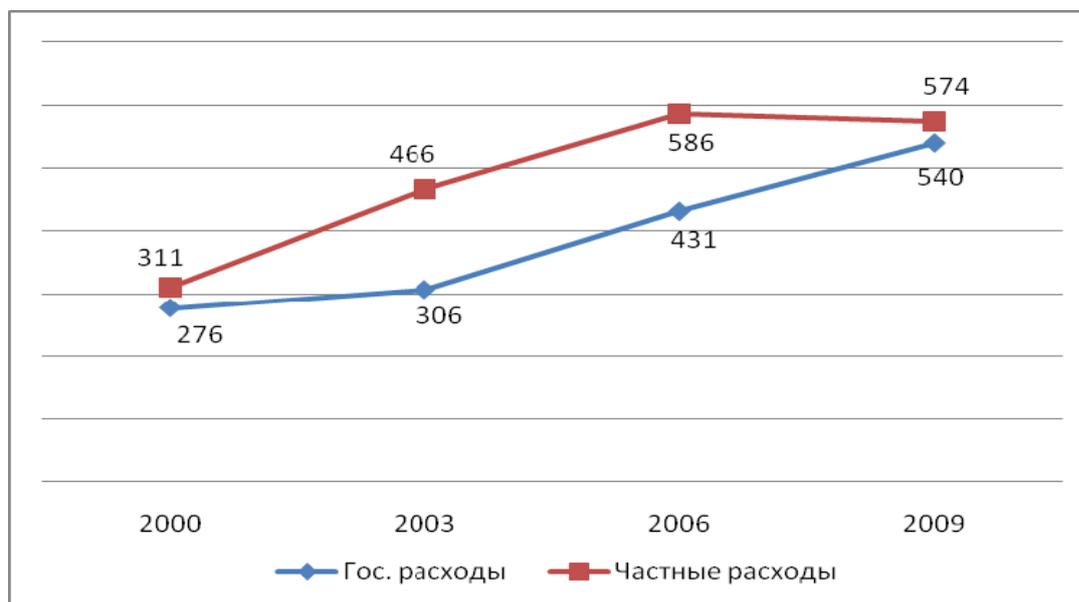
(Рис.19), и следовательно уровень государственных расходов существенно вырос. Такая картина отражает значительные результаты реформ финансирования в рамках «Манас Таалими». Однако, все же исследование ЦАПЗ по финансовому разрыву, проведенное в 2009 г., отмечает, что разрыв финансирования ПГГ для всех групп населения в среднем составляет около 27.5%, что возможно приводит к неформальным выплатам населением и ограничивает потенциал реформ по оказанию влияния на результаты здоровья и финансовой защиты.

Рисунок 19. Структура общих расходов на здравоохранение, 2000, 2003, 2006 и 2009 гг.



На рисунке 20 видно как увеличивался разрыв между государственными и частными расходами в течение 2000-2006 года (с 34 до 154 сомов), но затем этот разрыв стал сокращаться и к 2009 году показатель по государственным расходам сравнялся с показателем 2000 г.

Рисунок 20. Динамика роста государственных и частных расходов на душу населения относительно, 2000, 2003, 2006 и 2009 годы, в сомах



Таким образом, в структуре общих расходов здравоохранения на протяжении всего обследуемого периода преобладают частные расходы населения над государственными, так в и 2009 г. составили 51% и 49% соответственно. Однако уровень государственных расходов за период 2000-2009 существенно вырос, практически в 2 раза с учетом инфляции. Это отражает значительные результаты реформ финансирования в рамках «Манас Таалими». Однако, все же исследование ЦАПЗ по финансовому разрыву, проведенное в 2009 г., отмечает, что разрыв финансирования ПГГ для всех групп населения в среднем составляет около 27.5%, что возможно приводит к неформальным выплатам населением и ограничивает потенциал реформ по оказанию влияния на результаты здоровья и финансовой защиты.

3.5. Информированность о правах пациентов в рамках ПГГ.

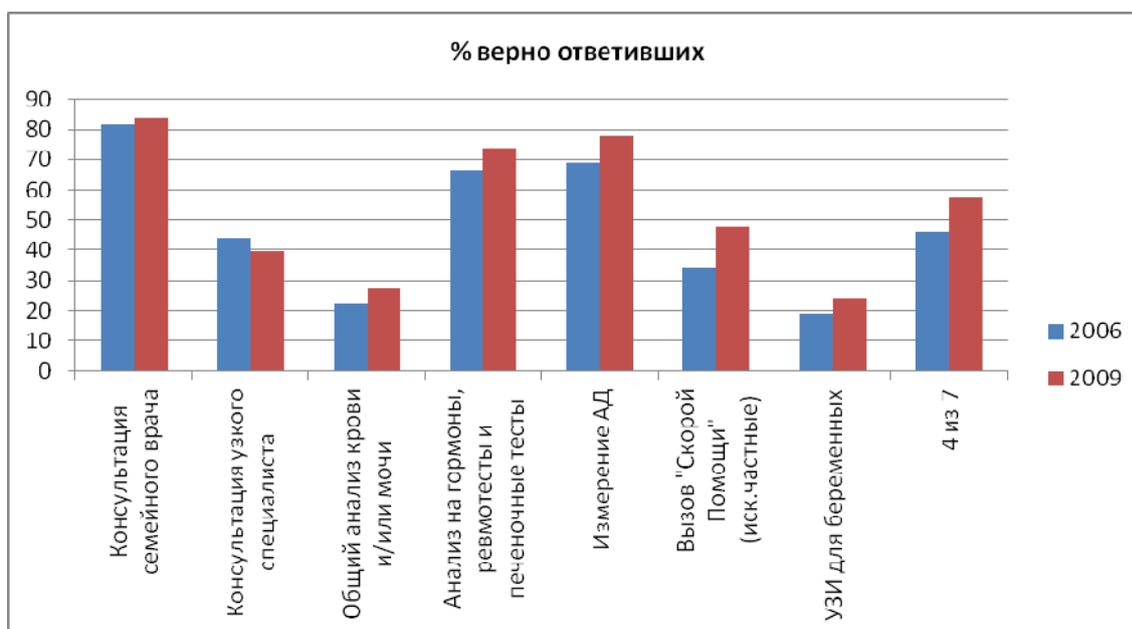
Начиная с 2006 года в обследование были включены вопросы об осведомленности населения о своих правах в рамках ПГГ. Вопросы обследования направлены на выявление осведомленности о правах относительно ПМСП, стационарной помощи и Дополнительного лекарственного пакета.. Так результаты КИОД показывают, лучше всего пациенты осведомлены о том, на какие льготы они имеют право при лечении в стационаре, затем при получении помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи, а затем по амбулаторному лекарственному пакету. По сравнению с 2006 годом информированность по этому вопросу существенно улучшилась.

Как показали результаты исследования, информированность населения о правах в рамках ПГГ заметно улучшается. Уровень информированности об охвате ФОМС значительно улучшился за обследуемый период: с 26% в 2000 году до 96% респондентов

в 2009 г. О том, что они застрахованы в ФОМС было сообщено в отношении 99% опрошенных пенсионного возраста и 94% детей до 15 лет.

Вопросы этого исследования были сгруппированы для выяснения осведомленности населения о своих правах на льготы по (а) ПМСП (б) стационарной помощи и (с) дополнительному лекарственному пакету. Больше всего население осведомлено в отношении своих прав на льготы в рамках стационарной помощи. Свыше 76% глав домохозяйств сообщили, что при госпитализации пациенты не должны дополнительно платить медперсоналу после внесения сооплаты; 53% - не должны дополнительно платить за медикаменты (Рис.21). По ПМСП было перечислено 7 услуг, и пациентов спрашивали, какие из этих услуг предоставляются бесплатно и платно. 57% пациентов дали правильный ответ как минимум на 4 из 7 вопросов, в 2006 году их доля составила 46%. Заметна тенденция к улучшению информированности населения практически относительно всех видов услуг.

Рисунок 21. Информированность о необходимости платить за услуги на ПМСП, 2006 и 2009 гг.



Респонденты были меньше осведомлены о льготах, предоставляемых в рамках Дополнительного пакета ОМС. Только 36% застрахованных сказали, что они имеют право покупать медикаменты в амбулаторных условиях по льготной цене, и только 26% глав домохозяйств знали, что их дети в возрасте до 16 лет имели право на приобретение ЛС по льготной цене для амбулаторного лечения (Таблица 16). По сравнению с 2006 г. этот показатель не претерпел существенных изменений.

Таблица 16. Осведомленность населения о своих правах, %

	2006	2009
Доля респондентов, которые правильно ответили как минимум на 4 из 7 пунктов на вопрос о том, какие услуги на уровне ПМСП предоставляются бесплатно (посещение ГСВ, визит к узкому специалисту, анализ крови и мочи, измерение артериального давления, услуги скорой помощи, ультразвуковое обследование беременных женщин) и платно (анализ на гормоны, почечные и ревмо-тесты)	45,9%	57,4%
Доля респондентов, которые правильно ответили на вопрос, должен ли пациент дополнительно платить медперсоналу что-нибудь, кроме сооплаты за госпитализацию	66,5%	76,4%
Доля респондентов, которые правильно ответили на вопрос, нужно ли пациенту платить за медикаменты помимо сооплаты за госпитализацию	49,2%	52,6%
Из тех, кто сообщил, что они застрахованы ФОМС, сказали, что имеют право на амбулаторные лекарства по льготной цене	30,4%	36,6%
Из тех, кто имеет детей до 16 лет, сообщили, что их дети имеют право на амбулаторные ЛС по льготной цене	26,2%	26,9%

Таким образом, анализ данных вопросов позволяет признать, что:

- Информированность по правам в рамках ПГГ улучшается: лучше всего пациенты осведомлены о том, на какие льготы они имеют право при лечении в стационаре, затем при получении помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи, а затем по дополнительному пакету лекарственных средств (ДП ЛС ОМС).

3.6. Барьеры в доступе к медицинским услугам

Финансовые проблемы в получении медицинских услуг остаются достаточно значимыми для тех, кто был вынужден отказаться от их получения. В 45% домохозяйств было отмечено, что у них были случаи, когда требовалась какая-либо медицинская помощь, но они не обратились за ней. В основном, люди не обращались за медицинской помощью, так как занимались самолечением (Таблица 17). Среди тех, кто не стал обращаться к врачам, 12% отметили, что не сделали этого из-за финансовых проблем.

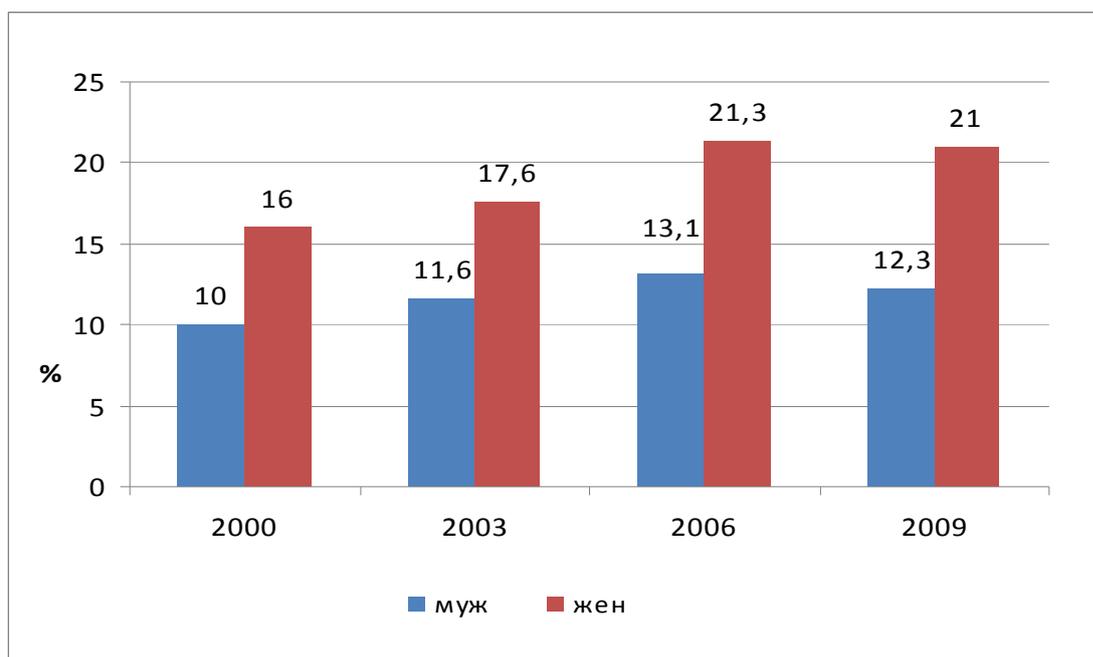
Таблица 17. Причины необращения за медицинской помощью среди тех, кто в ней нуждался, 2006, 2009

	2006	2009
решил, что итак выздоровеет	17	10,1
использовал традиционные лекарственные средства	38	69
использовал медикаменты, которые были в наличии	37	47,5
не мог позволить себе заплатить за эти услуги	14	12
плохое обслуживание	3	3,6
недоверие врачам	7	2,7
отсутствие прописки	0,2	0,3
медицинское учреждение расположено далеко	0,6	0,9
Другое	0,8	0,6

В 6% домохозяйств отмечались случаи, когда человек был направлен в больницу, но не обратился туда за помощью. В 2006 году этот показатель составлял 10%. Финансовые барьеры в этом случае играют значимую роль, т.к. 53% в 2006 г. и 56% в 2009 году из тех, кто нуждался в госпитальной помощи, не обратились за ней из-за отсутствия денег.

Для получения амбулаторной помощи финансовые барьеры имеют несколько меньшее значение. В общей сложности около 17% респондентов отметили, что нуждались в амбулаторной медицинской помощи, но не обратились за ней, и этот уровень остается стабильным по сравнению с 2006 годом, но выше уровня 2003 и 2000 гг. (Рис. 22).

Рисунок 22. Процент тех, кто нуждался в медицинской помощи, но не консультировался в последние 30 дней, 4 волны исследований



Основной причиной необращения за медицинской помощью является распространенная практика самолечения: 81,6% респондентов среди необратившихся за консультацией к медицинскому специалисту принимали самостоятельно лекарства, и 6,5% отметили, что лечились травами. Это же свидетельствует выше проведенный анализ использования лекарственных средств, где отмечается, что большая часть лекарственных средств были приобретены без назначения врача. Отсутствие денег стало причиной для 4,1% респондентов, отдаленность провайдеров медицинской помощи – для 0,3%, а отсутствие прописки – для 0,1%.

Первым индикатором панели управления программы «Манас Таалими» по «доступности и справедливости медицинских услуг» является «доля населения, не обратившихся за необходимой медицинской помощью из-за отсутствия денег и отдаленности медицинского учреждения». В соответствии с анализом, проведенным в рамках КИОД в 2000-2009 гг. были достигнуты ожидаемые показатели: а) доля населения, сообщивших о том, что нуждались в медицинской помощи, но не обращались за ней, и назвавших в качестве основной причины - расходы или расстояние до учреждения, составляет 4,1%;

b) доля общего населения (независимо от заявленной потребности), не обратившихся за медицинской помощью из-за расходов или расстояния до учреждения составила 0,8% (Таблица 18). Таким образом, ясно, что реформы здравоохранения достигли значительного прогресса в сокращении финансовых барьеров в доступности к медицинским услугам в Кыргызстане.

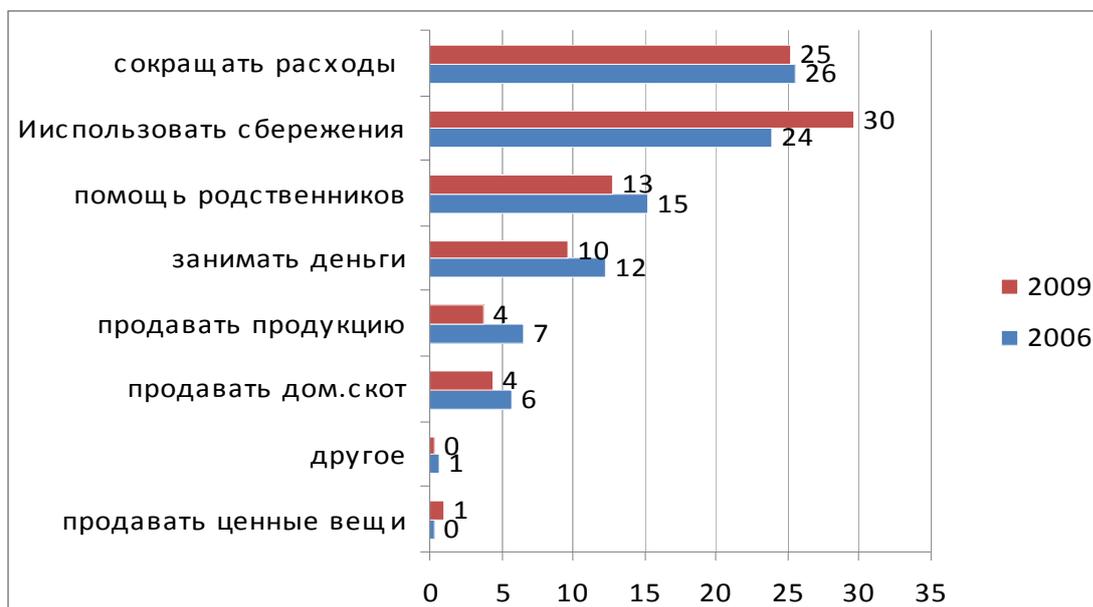
Таблица 18. Процент тех, кто нуждался в медицинской помощи, но не консультировался в последние 30 дней, 4 волны исследований

	2000	2003	2006	2009
% людей, указавших причины “высокой дороговизны” или “слишком большой отдаленности”	11.2%	6.3%	3.1%	4,4%
Необратившиеся за необходимой медицинской помощью по материальным или географическим причинам в соотношении к общему населению	1.5%	0.9%	0.6%	0,8%

В 3% домохозяйств было отмечено, что им когда-либо отказывали в получении медицинской помощи. Из них в 54% случаях причиной было неспособность пациента заплатить за медицинскую помощь.

Около 38% домохозяйств сообщили, что было ‘трудно’ или ‘очень трудно’ найти деньги, чтобы оплатить медицинскую помощь за последние 12 месяцев до проведения обследования в марте 2010 года. Эти домохозяйства использовали разнообразные схемы преодоления трудностей, включая снижение потребления и расходов, использование сбережений и одалживание денег (Рис. 23).

Рисунок 23. Доля домохозяйств, сообщающих о различных стратегиях выхода из положения с целью оплатить медицинскую помощь за последние 12 месяцев, 2006 и 2009 гг.



Таким образом, анализ вопросов, связанных с барьерами в доступе к медицинским услугам, позволяет сделать следующие выводы:

- Реформы здравоохранения достигли значительного прогресса в сокращении финансовых барьеров в доступности к медицинским услугам в Кыргызстане в период с 2000 -2009 гг. В частности, было отмечено, что финансовая доступность к амбулаторным услугам улучшается.
- Однако, в получении стационарных услуг финансовые барьеры играют существенную роль, в частности более трети домохозяйств отмечают, что нахождение средств на лечение для них сопряжено с трудностями.

Заключение

Амбулаторный уровень

В целом, услуги ПМСП являются достаточно доступными для населения: (1) уровень обращения за медицинскими услугами оставался стабильным на протяжении всего обследуемого периода, (2) разрыв в обращении на ПМСП среди самого бедного и самого богатого квинтиля постоянно сокращается, (3) и лишь 4,4% респондентов, нуждавшихся в амбулаторной медицинской помощи, но не получивших ее, указали, что не обратились в медучреждение из-за финансовых или территориальных барьеров.

Ситуация с приобретением выписанных лекарств так же заметно улучшилась: 90% респондентов, кому были выписаны лекарства, сообщили, что приобрели все препараты, а доля не купивших лекарства из-за дороговизны существенно сократилась.

Результаты исследования 2009 года обнаружили следующее:

- Отмечаются существенные изменения в структуре обращений, которые отражают как влияние реформ, так и складывающуюся ситуацию в секторе здравоохранения в целом. Так снижение уровня обращений в учреждения вторичного уровня, в том числе и по поводу туберкулеза, и постепенное увеличение обращений в ФАП, свидетельствует об эффективности реформ в этом секторе. В то же время, увеличение обращений в ЦСМ, снижение консультаций на дому и сокращение консультаций, предоставленных средним медицинским персоналом, говорит о кризисе человеческих ресурсов, особенно в сельской местности.
- Фактами, вызывающими беспокойство, является снижение доли обращений за консультациями среди тех, кто имеет хронические заболевания, и низкий уровень обращения за медицинской помощью мужчин старше 55 лет. Это может оказать существенное влияние на эффективность контроля хронических заболеваний, включая гипертоническую болезнь.
- Основная доля выплат «из кармана» пациента приходится на оплату консультаций медицинского персонала. Положительным аспектом является то, что выплаты среднему медицинскому персоналу сокращаются. В то же время, увеличение доли обращений в медицинские учреждения с более дорогостоящей помощью (частные медицинские центры, ЦСМ) влияет на то, что как доля делавших выплаты на амбулаторном уровне, так и средняя сумма выплат, имеют тенденцию к увеличению.
- Финансовая и территориальная доступность лекарств значительно улучшилась.
- Среди населения распространена практика самолечения, о чем свидетельствует и то, что большая часть лекарственных средств были приобретены без назначения врача. На самостоятельно приобретенные лекарства затрачивается практически столько же средств, что и на лекарства назначенные врачом.

Стационарный уровень

В отношении доступности медицинских услуг на уровне стационаров произошли некоторые положительные изменения:

- Разброс уровня госпитализации среди социально-экономических групп за период с 2001 по 2009 г. сократился; что может свидетельствовать о повышении справедливости в использовании госпитальной помощи.
- Усилия МЗ КР по сокращению длительности пребывания пациентов в стационарах так же являются успешными: средняя продолжительность пребывания в больнице с 2000 по 2009 годы сократилась на 4,3 дня.
- Существенно снизилась доля пациентов, которые были вынуждены оплачивать лекарства и лабораторные анализы.

Однако в обеспечении финансовой доступности и справедливости медицинской помощи в стационарах остаются проблемы:

- Увеличивается доля самонаправлений, причем преимущественно среди самых бедных квинтильных групп, что существенным образом сказывается на стоимости расходов.
- Жители отдаленных регионов не имеют возможности пользоваться услугами «Скорой помощи» и вынуждены использовать платный транспорт, чтобы добраться до больницы.
- Как доля делавших выплаты, так и выплачиваемые суммы медицинскому персоналу имеют устойчивую тенденцию к росту. Причем большинство выплат были вынужденными, и сделаны не по инициативе пациентов.
- Отмечается существенный разрыв в использовании услуг медицинских учреждений третичного уровня в зависимости от социально-экономического положения респондентов.

Общие расходы на при получении медицинской помощи

- Темп роста замедлился в 2003-06 годах в период после введения системы единого плательщика и реструктуризации. Однако, после 2006 года быстрые темпы роста этих расходов возобновились, включая и в бедных слоях населения. В связи с тем, что, в период внедрения Манас таалими имело место развитие/рост экономики, предназначенное для улучшения положения бедных слоев населения, поэтому расходы из кармана домохозяйств в доле общего бюджета домохозяйств не увеличились.
- Расходы на лек.средства являются основной высокзатратной категорией в абсолютных значениях среди всех трех. Однако отмечается снижение в расходах на лек. средства учитывая инфляцию в период с 2006-2009 гг.
- Значительно увеличились расходы домашних хозяйств на амбулаторное лечение в период 2000-2009 гг.
- Наблюдался умеренный рост расходов на домашних хозяйств на стационарное лечение в этот временной промежуток, и среднее ежегодное увеличение в реальном выражении за период 2000-2009 составило лишь 4%.

Барьеры в получении медицинской помощи

- Информированность по правам в рамках ПГГ улучшается: лучше всего пациенты осведомлены о том, на какие льготы они имеют право при лечении в стационаре, затем при получении помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи, а затем по дополнительному пакету лекарственных средств (ДП ЛС ОМС).
- Реформы здравоохранения достигли значительного прогресса в сокращении финансовых барьеров в доступности к медицинским услугам в Кыргызстане в период с 2000 -2009 гг. В частности, было отмечено, что финансовая доступность к амбулаторным услугам улучшается. Однако, в получении стационарных услуг финансовые барьеры играют существенную роль, в частности более трети домохозяйств отмечают, что нахождение средств на лечение для них сопряжено с трудностями.